

STA  
2016

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

DÉMARCHE D'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE  
LA QUALITÉ DES SERVICES AU CENTRE DE RÉADAPTATION EN  
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE CHAUDIÈRE-APPALACHES

Par  
DÉSIRÉE K. NSANZABERA

Rapport de travail dirigé présenté à l'ENAP  
en vue de l'obtention de la Maîtrise en administration publique  
Option pour analystes  
(Évaluation de programmes)

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE  
CHAUDIÈRE-APPALACHES

Lévis

Avril, 2011



## FICHE SYNTHÈSE DU RAPPORT DE TRAVAIL DIRIGÉ

**Titre du rapport :** DÉMARCHE D'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES AU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE CHAUDIÈRE-APPALACHES

**Nom de l'étudiant :** Désirée K. NSANZABERA

**Organisme d'accueil :** Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches (CRDICA)

**Date du travail dirigé :** avril 2011

### Résumé :

#### Problématique :

Depuis quelques années, le CRDICA procède à l'implantation d'une démarche d'amélioration structurée et continue de la qualité des services. Certains éléments de l'environnement interne et externe sont favorables à la démarche, tandis que d'autres sont plutôt de nature à lui compliquer la tâche, voire à constituer de véritables défis. Le travail vise à décrire la démarche et à présenter une analyse des forces et faiblesses à l'interne, ainsi que les opportunités et menaces que présente l'environnement externe au succès de la démarche.

#### Méthodologie :

Revue documentaire  
Observation  
Analyse descriptive  
Analyse SWOT

#### Conclusion

L'établissement est sur la bonne voie. Les démarches de formalisation en cours (implantation du processus clinique, élaboration des programmes et des cadres de référence, développement de l'interdisciplinarité) sont notamment primordiales pour la qualité des services. Cependant, l'amélioration continue de la qualité nécessiterait que les acteurs portent attention à certains éléments et éventuellement, y apportent des correctifs.

**Mots-clefs (5) :** qualité, gestion de la qualité, démarche qualité, évaluation de la qualité, amélioration continue de la qualité

DÉMARCHE D'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION  
CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES AU  
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE  
INTELLECTUELLE CHAUDIÈRE-APPALACHES

---

## Table des matières

SIGLES ET ACRONYMES .....	iv
AVANT-PROPOS .....	v
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I .....	2
L'ORGANISATION ET LE MANDAT .....	2
1.1. L'organisation .....	2
1.1.1. Les clientèles .....	2
1.1.2. La mission et les valeurs .....	3
1.1.3. La philosophie d'intervention.....	3
1.1.4. Les services offerts par le CRDICA .....	4
1.1.5. La structure de gouvernance et la structure organisationnelle.....	4
1.2. La raison d'être de la démarche d'implantation de l'amélioration continue de la qualité .....	5
1.2.1. Les obligations réglementaires .....	5
1.2.2. Les orientations ministérielles et la révision de l'offre de services .....	6
1.2.3. Le processus d'agrément 2009-2010.....	7
1.2.4. Les engagements du CRDICA .....	8
1.3. Le mandat .....	8
1.3.1. Le mandat initial .....	9
1.3.2. Le mandat révisé .....	9
CHAPITRE II .....	10
LA RECENSION DES ÉCRITS.....	10
2.1. Aperçu historique de la gestion de la qualité .....	10
2.1.1. La gestion de la qualité en général .....	10
2.1.2. La gestion de la qualité dans le secteur public .....	11
2.1.3. Les spécificités de la gestion de la qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux .....	13
2.2. Les concepts-clés utilisés dans la gestion de la qualité.....	14
2.3. Les huit principes de la gestion de la qualité .....	17
2.4. Les théories sur la gestion de la qualité .....	19
2.4.1. La théorie de Deming.....	19
2.4.2. La théorie de Crosby .....	20
2.4.3. La théorie de Juran .....	21
2.4.4. La théorie de Feigenbaum .....	21
2.4.5. La théorie d'Ishikawa .....	22
2.5. Les approches utilisées pour apprécier la qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux.....	23
2.5.1. Une approche orientée vers les problèmes.....	23
2.5.2. Une approche orientée vers les normes.....	24
2.5.3. Une approche orientée vers les objectifs.....	25
2.5.4. L'approche du contrôle des écarts.....	25

1102 NOV 2011

2.6. La gestion de la qualité dans le système québécois de la santé et des services sociaux : trois modèles.....	25
2.6.1. Le modèle de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal .....	25
2.6.2. Le modèle de l'agence de la santé de la Mauricie-Centre du Québec .....	27
2.6.3. Le modèle du CRDI Pavillon du Parc .....	31
CHAPITRE III : .....	33
LA DÉMARCHE D'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES .....	33
3.1. Évolution des services dispensés aux personnes présentant une DI ou un TED .....	33
3.1.1. Évolution des services dispensés aux personnes présentant une DI ou un TED dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois .....	33
3.1.2. Évolution des services du CRDICA .....	34
3.2. Évolution de la gestion de la qualité des services au CRDICA : un processus en 3 étapes .....	36
3.2.1. La phase de planification .....	36
3.2.2. La phase d'implantation .....	37
3.2.3. Les démarches qui se poursuivent et à venir .....	40
CHAPITRE IV .....	42
UNE ANALYSE SWOT DE LA DÉMARCHE D'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES AU CRDICA .....	42
4.1. Les forces et les faiblesses de l'établissement (internes) .....	42
4.1.1. Les forces.....	42
4.1.2. Les faiblesses .....	43
4.2. Les opportunités et les menaces (externes) .....	45
4.2.1. Les opportunités .....	45
4.2.2. Les menaces .....	45
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	50
RÉFÉRENCES .....	51
ANNEXES .....	53
Annexe 1 : ORGANIGRAMME DU CRDI - CHAUDIÈRE-APPALACHES .....	54
Annexe 2 : Modèle d'amélioration de la qualité des services du CRDICA.....	55
Annexe 3 : Politiques et procédures du CRDICA portant sur la qualité des services (liste non-exhaustive).....	56

#### LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Comités et instances du CA - CRDI Chaudière-Appalaches .....	5
Figure 2 : Réseau des services de santé dans la région Chaudière-Appalaches .....	7
Figure 3 : La roue de Deming .....	19
Figure 4 : Diagramme d'Ishikawa .....	22
Figure 5 : Illustration de l'approche orientée vers les problèmes .....	23
Figure 6 : Modèle d'appréciation de la qualité développé par l'agence de la santé de la Mauricie Centre-du-Québec .....	28
Figure 7 : Cadre d'analyse des écarts de qualité .....	29
Figure 8 : La qualité selon quatre perspectives - modèle de l'AQESSS .....	31
Figure 9 : Les huit dimensions de la qualité des services .....	32
Figure 10 : Évolution du CRDICA au gré des fusions page .....	35

## SIGLES ET ACRONYMES

AQESSS :	Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux
CA :	Conseil d'administration
CHAU :	Centre hospitalier affilié universitaire
CJCA :	Centre jeunesse Chaudière-Appalaches
CQA :	Conseil québécois d'agrément
CRATCA :	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de
CRDI :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDICA :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches
CRDITED :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDP :	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDPCA :	Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches
CSSS :	Centre de santé et des services sociaux
DI :	Déficience intellectuelle
DSPQR :	Direction des services professionnelles, de la qualité et de la recherche
DSRR :	Direction des services de réadaptation régionaux
DSRT :	Direction des services de réadaptation régionaux
GMF :	Unité de médecine familiale
ISO :	International Organization for Standardization
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MQQ :	Mouvement québécois de la qualité
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
PDCA:	Plan, Do, Check, Act
RAC :	Ressource à assistance continue
RI :	Ressource intermédiaire
RLS:	Réseau local de services
RNI :	Ressource non institutionnelle
RTF:	Ressource de type familial
SWOT:	Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats
TED :	Troubles envahissant du développement
UMF :	Unité de médecine familiale

## AVANT-PROPOS

La réalisation de ce travail dirigé reflète tout le plaisir que j'ai à travailler au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches, au sein de la Direction des services professionnels, de la qualité et de la recherche (DSPQR).

Depuis le 31 mai 2010, j'occupe le poste d'agente de planification, de programmation et de recherche chargée de l'évaluation de programmes et de la recherche. Le mandat de ce travail s'inscrit donc en continuité des mandats qui incombent ordinairement à ce poste. Il se veut une modeste contribution à la réussite de la démarche d'implantation de l'amélioration continue de la qualité des services, par une analyse de l'environnement interne et externe.

Je n'aurais pu réaliser de travail sans le soutien précieux des personnes suivantes, que je remercie du fond du cœur :

- Madame Johanne Delisle, ma chef hiérarchique, qui m'a soutenue depuis mon embauche et qui a gentiment accepté de codiriger ce travail
- Monsieur Denis Jean, professeur à l'ÉNAP, qui a accepté de me faire partager sa grande expérience en tant que consultant pour les organisations
- Toute l'équipe de la DSPQR, soit Michel Mercier, Alain Côté, Marc Poirier, Nicole Jean, Céline Henri, Diane Veilleux, Hélène Turcotte et Francine Turgeon, pour son accueil et pour la place qu'elle m'a accordée en son sein.

Enfin, un immense merci à ma famille qui m'a soutenue avec tant d'amour : mon époux Jean-Paul, qui a porté seul le poids des tâches domestiques pour m'aider à avancer dans mes travaux académiques, et mes enfants, Sébastien et Thérèse, pour m'avoir facilité la tâche en faisant preuve d'une si belle autonomie.

## INTRODUCTION

Depuis les années 80, l'évaluation de la qualité des soins de santé sous différentes perspectives et l'amélioration de leur qualité constituent une préoccupation majeure des réseaux de santé et des services sociaux des pays occidentaux. Malgré des efforts de standardisation, notamment par des organismes indépendants d'accréditation, le développement des outils d'évaluation et des démarches d'amélioration continue de la qualité varient beaucoup d'un établissement à l'autre et sont constamment sujets aux changements.

Le domaine de la réadaptation en déficience intellectuelle forme un univers particulièrement complexe. Créé par des communautés religieuses voulant soulager les personnes et les familles pour ce que les sociétés d'alors considéraient être un handicap insurmontable, il était fondé sur le paradigme de la prise en charge à vie. Au fil des années, ce dernier a évolué. Aujourd'hui, la réadaptation s'est distanciée de la prise en charge et vise la participation sociale. Autrement dit, l'on vise à aider les personnes vivant avec une ou des déficiences et leurs familles à surmonter les situations de handicap et à participer pleinement aux habitudes de vie auxquelles toutes les autres personnes peuvent aspirer : centres de la petite enfance, écoles, loisirs, vie de couple, parentalité, travail, etc.

Pour sa mise en œuvre, ce nouveau paradigme nécessite une organisation des services soucieuse de la qualité sous plusieurs angles : accessibilité et équité envers toutes les personnes, quel que soit leur âge, leur sexe ou leur lieu de résidence, intensité et efficacité des services, prestation sécuritaire des services et gestion des risques, satisfaction des personnes qui reçoivent les services, capacité de responsabilisation et de solidarisation de la communauté autour des personnes et des familles, etc.

Depuis quelques années, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches (CRDICA) procède à l'implantation d'une démarche d'amélioration structurée et continue de la qualité des services. Certains éléments de l'environnement interne et externe sont favorables à la démarche, tandis que d'autres sont plutôt de nature à lui compliquer la tâche, voire à constituer de véritables défis.

Ce travail vise à décrire la démarche et à présenter une analyse dudit environnement. Il est subdivisé en quatre chapitres : le premier décrit l'établissement et le mandat; le second présente une recension des écrits sur la qualité des services en général et la qualité des services de santé et des services sociaux en particulier; le troisième décrit la démarche d'implantation de l'amélioration continue de la qualité des services et le dernier présente une analyse des forces et des faiblesses internes, ainsi que des opportunités et menaces externes qui pèsent sur le succès de l'implantation de la démarche. Une conclusion, ainsi que des recommandations, complètent ce travail.

# CHAPITRE I

## L'ORGANISATION ET LE MANDAT

### 1.1. L'organisation

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches (CRDICA) est un établissement public qui existe depuis le 21 octobre 1999. Il est établi sur tout le territoire de la région Chaudière-Appalaches et compte 70 points de services, répartis en quatre grands territoires : Grand Littoral, Montmagny-L'Islet, Beauce-Etchemins et Thetford.

#### 1.1.1. Les clientèles

Les personnes qui bénéficient des services du CRDICA sont :

##### **Les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI)**

Ces personnes présentent une incapacité caractérisée par des limitations significatives de leur fonctionnement intellectuel et de leur comportement adaptatif qui se manifeste dans leurs habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans.

##### **Les personnes ayant un trouble envahissant du développement (TED)**

Ces personnes présentent des problèmes particuliers qui affectent l'ensemble de leur développement, notamment sur le plan cognitif, social, affectif, intellectuel, sensoriel et en matière d'acquisition du langage. Ces personnes présentent des déficits majeurs reliés à trois aspects du développement : les interactions sociales, la communication ainsi que les intérêts et les comportements restreints, répétitifs et stéréotypés. Les personnes qui présentent un trouble envahissant du développement n'ont pas toujours une déficience intellectuelle mais certains en ont.

##### **Les enfants ayant un retard global de développement**

Avant l'âge scolaire, alors qu'un diagnostic est difficile à établir, le CRDICA accueille des enfants référés pour un retard global de développement tels que la motricité, la cognition, le développement socio-émotionnel, la communication et l'autonomie. Ce retard se caractérise entre autres par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du fonctionnement adaptatif. Les retards qui perdurent au-delà de l'âge de 6 ans indiquent généralement la présence d'incapacités intellectuelles.

##### **La famille et les partenaires**

Conformément à sa mission, le CRDICA intervient afin de sensibiliser et de soutenir les familles, les proches des personnes ainsi que les partenaires qui leur offrent des services. Toutefois, la politique ministérielle mentionne que la famille de la personne peut requérir des services pour ses besoins propres sans pour autant être considérée comme un client identifié.

Lorsque la famille est soutenue par le CRDICA dans ses interventions auprès de la personne, elle est considérée comme partie intégrante de l'intervention, alors que le client demeure la personne qui est la pierre angulaire de l'organisation des services.

### **1.1.2. La mission et les valeurs<sup>1</sup>**

Le CRDICA offre à ses clientèles des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale. Il offre également des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes, et ce, tout en améliorant constamment la qualité de ses interventions ainsi qu'en développant une expertise en matière de recherche.

Les valeurs du CRDICA reposent sur la bienveillance, sur l'intégrité et l'équité. Elles ont un contenu moral positif et contiennent leur propre raison d'être. Elles fondent et colorent l'action de tous ceux qui y œuvrent; elles guident et motivent. Elles sont gardiennes de la cohérence de notre organisation.

#### **La bienveillance**

Les gens qui œuvrent au CRDICA sont respectueux et ouverts à l'autre. Ils ont une préoccupation sincère pour le développement du potentiel et de l'autonomie des personnes, sont soucieux de leur bien-être et mettent tout en œuvre pour favoriser l'émergence de leurs talents.

#### **L'équité**

Les gens qui œuvrent au CRDICA reconnaissent les besoins, les capacités et la contribution de chaque individu. Ainsi, leurs décisions sont prises en considérant chacun avec conscience plutôt qu'en se basant sur un simple principe d'égalité, et ce, dans le souci du plus grand bien de tous.

#### **L'intégrité**

Les gens qui œuvrent au CRDICA font preuve d'honnêteté et de droiture dans leurs décisions. Ils ont le courage de leurs convictions. La cohérence entre leurs paroles et leurs actions, tant envers la clientèle qu'envers leurs collègues ou leurs partenaires, témoigne de rigueur et inspire la confiance.

### **1.1.3. La philosophie d'intervention<sup>2</sup>**

La primauté de la personne et l'humanisation des services sont au cœur des préoccupations du personnel du CRDICA.

Chaque personne est unique et considérée dans sa globalité. Elle a des préférences et des aspirations qu'elle exprime à travers ses projets personnels. Le CRDICA reconnaît l'importance de la famille, des partenaires et de la communauté pour soutenir leur réalisation. Le CRDICA a

---

<sup>1</sup> Source : CRDICA (2009). Plan d'organisation 2009-2012

<sup>2</sup> Idem

une confiance inébranlable en la capacité et au potentiel des personnes de développer des compétences leur permettant d'exercer des rôles et d'occuper des fonctions sociales.

Le réseau social doit faire partie des facteurs à considérer pour améliorer la situation de la personne. La famille constitue, sans contredit, un acteur privilégié dans les interventions cliniques.

La personne a la même valeur, les mêmes droits et les mêmes besoins fondamentaux que tout autre citoyen. C'est au sein de sa communauté qu'elle peut le mieux se développer, grandir et s'épanouir. Pour ce faire, le CRDICA doit sensibiliser la population et promouvoir les compétences des personnes afin d'accroître leur collaboration à la démarche d'intégration et de participation sociales.

Les principes de normalisation, de valorisation des rôles sociaux, d'autodétermination, d'intégration et de participation sociale sont intimement liés. Ils servent de balises à l'organisation des services et au processus d'intervention spécialisée.

#### **1.1.4. Les services offerts par le CRDICA**

La Fédération québécoise des CRDITED a publié, en 2006, une offre de service qui intègre l'ensemble des activités proposées par les CRDI dans sept grands services, soit :

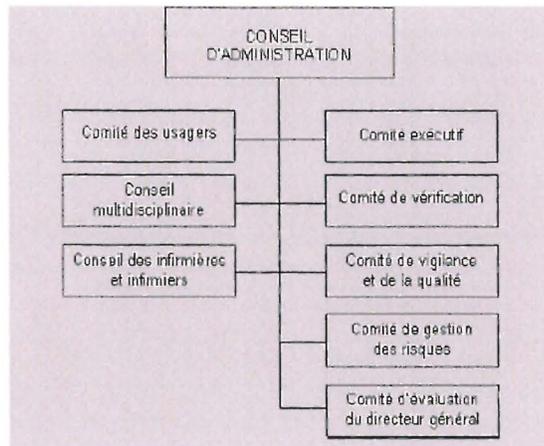
- accès, évaluation et orientation;
- adaptation et réadaptation à la personne;
- adaptation et réadaptation en contexte d'intégration résidentielle;
- adaptation et réadaptation en contexte d'intégration au travail;
- adaptation et réadaptation en contexte d'intégration communautaire;
- assistance éducative spécialisée aux familles et aux proches;
- soutien spécialisé aux partenaires.

Le CRDICA a également adopté et publié son offre de service en 2006 selon la même classification.

#### **1.1.5. La structure de gouvernance et la structure organisationnelle**

Le CRDICA comporte l'ensemble des conseils, comités et instances prévus par la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ils sont illustrés dans la figure suivante (à droite : comités du conseil d'administration (CA) et à gauche : instances consultatives du CA).

Figure 1 : Comités et instances du CA - CRDI Chaudière-Appalaches



Source : Plan d'organisation du CRDICA

Pour ce qui est de la structure organisationnelle, le CRDI comporte, sous la direction de la directrice générale, une direction générale adjointe et cinq directions :

- la direction des services de réadaptation régionaux
- la direction des services de réadaptation territoriaux
- la direction des services professionnels, de la qualité et de la recherche
- la direction des ressources humaines
- la direction des ressources financières, matérielles et informationnelles.

L'organigramme actuel du CRDICA se trouve en annexe 1. Cependant, les consultations sont en cours pour la révision du plan d'organisation et cette structure changera au cours des prochains mois.

## 1.2. La raison d'être de la démarche d'implantation de l'amélioration continue de la qualité

### 1.2.1. Les obligations réglementaires

À l'instar d'autres établissements publics, le CRDICA doit offrir des services de qualité à ses clients et développer chez ses employés le souci de dispenser des services de qualité.<sup>3</sup>

Pour ce qui est des établissements de santé et des services sociaux, des articles de la LSSSS stipulent que les établissements doivent s'assurer d'offrir des services de qualité à leurs clients et se doter d'instances qui veillent à l'amélioration continue de la qualité (articles 100, 172, 181, etc.).

<sup>3</sup> Loi sur l'administration publique, article 7.

### 1.2.2. Les orientations ministérielles et la révision de l'offre de services

Conformément au document du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) intitulé *Orientations 2007-2012 relatives aux standards d'accès, de continuité et de qualité du programme-services déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement*, les services aux clientèles DI et TED sont organisés à deux niveaux.

Le premier niveau est offert par les centres de santé et des services sociaux (CSSS) et organisé sur une base locale. Il met à la disposition :

- De la population en général, des **services généraux** : services médicaux, infirmiers, psychosociaux, diagnostiques et de réadaptation courants, interventions en situation de crise ; dépistage et intervention précoces ; etc.
- Des clientèles particulières ou vulnérables, incluant des clientèles DI et TED, des **services spécifiques** : des services de protection en cas de besoin, de suivi psychosocial et de soutien à l'intégration sociale (soutien au logement, soutien à l'intégration et au maintien en milieu de garde, soutien à la communauté), le soutien aux familles (évaluation des besoins, services psychosociaux, évaluation des besoins de répit, gardiennage et répit par le biais d'allocations directes ou autres modalités, assistance aux rôles parentaux), les soins et assistance à domicile, le soutien technique tel que les fournitures médicales, équipements et aides techniques.
- De la clientèle TED, l'évaluation sommaire des besoins et orientation vers l'équipe régionale responsable de l'évaluation globale des besoins, la stimulation globale précoce.<sup>4</sup>

Le deuxième niveau est celui des **services spécialisés**. Ceux-ci sont planifiés sur une base régionale et offerts soit sur une base régionale, soit localement, par territoire. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux ou de santé complexe (besoins aigus, intenses, persistants ou chroniques dont la nature est complexe ou découle d'une incapacité significative ou persistante). Ils s'appuient sur une infrastructure importante, sur une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès de personnes référées, en soutien aux services de 1<sup>e</sup> ligne et agissent comme consultants auprès de ces derniers.

Les établissements de deuxième ligne sont le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches (CRDICA), le Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches (CRDP), le Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie Chaudière-Appalaches (CRATCA), le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches et le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis (CHAU).<sup>5</sup>

Quelques personnes peuvent également être référées à d'autres établissements spécifiques pour y recevoir des services hyperspécialisés.

L'image suivante illustre le réseau de services dans la région Chaudière-Appalaches

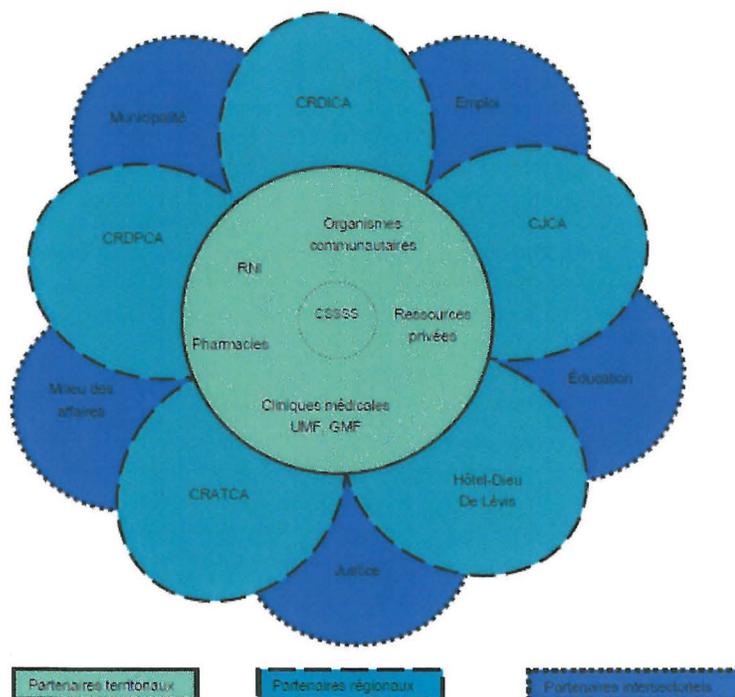
---

<sup>4</sup> Tiré de *Projet clinique en déficience intellectuelle et troubles envahissants de développement*, Agence de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, 2005.

<sup>5</sup> Idem

Figure 2 : Réseau des services de santé dans la région Chaudière-Appalaches

### Réseau local de services de santé et de services sociaux



Le CRDICA, par sa mission de services de deuxième ligne, est donc dans l'obligation de réviser en profondeur son offre de services et de veiller à la qualité des services offerts, notamment en ce qui concerne l'accessibilité et la continuité des services.

#### 1.2.3. Le processus d'agrément 2009-2010

Depuis les modifications apportées sur la LSSSS en 2005, tous les établissements de santé doivent se soumettre à un processus d'agrément.

"L'agrément est la reconnaissance par une autorité externe compétente (organisme d'agrément) du fait qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services, et en fonction d'un processus qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement. Cette conception de l'agrément fait l'objet de la présente section.

L'agrément s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de la qualité des services offerts par un établissement, une démarche par laquelle l'établissement s'intéresse de près

aux besoins comme aux attentes de la population à qui il offre ou fournit des services et par laquelle il fait valoir le bien-fondé des approches et des programmes qu'il adopte pour y répondre ainsi que l'ampleur des efforts qu'il consent pour améliorer la qualité de ses services."<sup>6</sup>

Comme la démarche d'agrément est réalisée tous les trois ans, le CRDICA s'est soumis au processus d'agrément à deux reprises : en 2006-2007 et en 2009-2010. Au terme de la dernière, l'établissement se dote d'un plan d'amélioration de la qualité des services. Le plan établi à la suite de l'agrément 2009-2010 contient un certain nombre d'engagements relatifs à la qualité des services. L'établissement s'est notamment engagé à se doter de politiques et processus portant sur la qualité des services, tels que la politique sur l'assurance-qualité, la politique sur l'évaluation des programmes et des services et le processus d'évaluation de la satisfaction des usagers.

#### 1.2.4. Les engagements du CRDICA

AU CRDICA, l'amélioration de la qualité des services fait partie des engagements organisationnels.

Le Plan stratégique 2008-2011 contient un chapitre sur l'amélioration de la qualité des services de façon continue, par trois moyens : le développement et la recherche, l'agrément, la mesure de la performance organisationnelle et l'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

Le Plan d'organisation 2009-2012, quant à lui, stipule que l'amélioration continue de la qualité est un processus transversal dans toute l'organisation. Cela concerne, en tout premier lieu, les activités cliniques visant la dispensation des services, mais également toutes les activités administratives et de gestion. En ce sens, le CRDICA revoit périodiquement ses processus, politiques et procédures afin d'améliorer la qualité et de s'ajuster aux nouvelles réalités. L'équipe de direction porte la responsabilité de la mise en place des conditions favorables à la dispensation de services de qualité et à la mobilisation du personnel et chaque employé, quant à lui, porte la responsabilité de la qualité de ses actes professionnels, de ses conduites, de sa contribution et de sa collaboration.

### 1.3. Le mandat

Le mandat se situe au niveau de la Direction des services professionnels, de la qualité et de la recherche (DSPQR).

---

<sup>6</sup> MSSS (2006). Les lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux.  
Disponibles sur internet à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-603-01.pdf>

Relevant de la Direction générale, la DSPQR propose les balises qui assurent la pertinence, la qualité et l'efficacité des services dispensés par l'établissement. Elle exerce un leadership clinique au sein de l'établissement.

Responsable du service d'accès, d'évaluation et d'orientation, elle encadre les modalités d'accès aux services du CRDICA en complémentarité avec les autres dispensateurs de services. Afin d'assurer la qualité des services, elle développe le processus clinique qui encadre le traitement des demandes de services, en fonction de l'évolution des besoins de la clientèle, de l'environnement juridique, social et professionnel. Elle détermine la philosophie d'intervention, les principes et les balises présidant à l'élaboration des services d'adaptation et de réadaptation avec les personnes concernées. Elle participe, avec la Direction des services de réadaptation régionaux (DSRR) et la Direction des services de réadaptation territoriaux (DSRT), à l'élaboration et à la mise à jour de l'offre de services spécialisés en tenant compte des standards de pratique, cadres de référence ou guides de pratique convenus dans les CRDI.

La DSPQR conçoit, coordonne et évalue les politiques, les procédures et les programmes-cadres relatifs à la qualité des services, à l'éthique et aux pratiques professionnelles.

Le mandat octroyé dans le cadre de ce travail dirigé s'inscrivait dans la continuité du processus d'agrément 2009-2010 et du plan d'amélioration de la qualité des services qui en a découlé. Cependant, le mandat a évolué en fonction des priorités organisationnelles changeantes.

### **1.3.1. Le mandat initial**

Un des objectifs du plan d'amélioration de la qualité des services consiste à doter l'établissement d'une politique et d'un cadre de référence en matière d'évaluation de programmes. Le mandat initial s'inscrivait dans cette perspective.

En effet, une politique portant sur l'élaboration des programmes, l'évaluation et l'amélioration de la qualité des services a été établie. En vue de son adoption par le CA, elle devait être assortie d'un plan de mise en œuvre. Le mandat consistait à élaborer un tel plan. Or, la réalisation de ce mandat s'est avérée impossible en raison de la révision du plan d'organisation des services en cours. Il a donc fallu réviser le mandat.

### **1.3.2. Le mandat révisé**

Le mandat du présent travail consiste à décrire la démarche d'implantation de l'amélioration continue de la qualité des services en vue d'en tirer des leçons transférables à d'autres démarches. Après la description de la démarche, l'on présentera une analyse critique des forces et faiblesses de l'établissement, ainsi que des opportunités et menaces extérieures relativement à la démarche. Enfin, des recommandations seront faites à l'établissement.

## CHAPITRE II

### LA RECENSION DES ÉCRITS

#### 2.1. Aperçu historique de la gestion de la qualité

##### 2.1.1. La gestion de la qualité en général

L'évolution historique de la gestion de la qualité a été propulsée par le secteur privé.

Depuis que les humains ont commencé à fabriquer des objets, ils se sont préoccupés de la qualité. Les artisans ont, de tout temps, contrôlé la qualité de leurs produits en procédant par triage : les bons produits sont séparés des mauvais. Les premiers sont vendus aux clients et les seconds sont soit améliorés avant leur vente, soit retirés de la vente et utilisés autrement. De là vient probablement l'adage selon lequel les cordonniers sont toujours les plus mal chaussés.

Les traces les plus anciennes de gestion documentée de la qualité remontent à l'Antiquité. Les Égyptiens n'auraient certainement pu être en mesure de construire les pyramides sans contrôler de façon systématique la qualité des matériaux et les procédures de construction. Il en va de même d'autres peuples qui ont donné à l'humanité de grandes œuvres.

Le Moyen-âge et la Renaissance voient naître l'étalonnage. Déjà, au 12<sup>ème</sup> siècle, les Anglais contrôlent le titre et le poids des monnaies. Les Mécènes imposent des cahiers de charges aux artistes. Des codes de bonne conduite voient le jour dans certains corps de métiers, notamment la fabrication de matériel militaire.

L'ère industrielle introduira le contrôle de la qualité *a posteriori*. À cause du taylorisme, il y a une forte production. Cependant, comme la main d'œuvre est peu formée et les machines peu performantes, la qualité est perdue. De plus, le transport de produits se développe, et par voie de conséquence, la concurrence. Il devient impératif d'accroître les contrôles. C'est la naissance du contrôle qualité.

Les années 1920 verront naître des méthodes d'inspection et de contrôle statistique de la qualité utilisées dans la production industrielle de grande série. Cependant, il faudra attendre la fin de la deuxième guerre mondiale et l'essor industriel qui s'en est suivi pour voir la naissance de l'assurance-qualité, concept basé sur le principe selon lequel ce serait à l'étape de la conception que naissent la plupart des erreurs. Le monde de l'industrie passe alors de la gestion de la qualité par des contrôles *a posteriori* à la gestion en amont, par la prévention des erreurs.

Pendant la même période, les Japonais développent la prévention par la mobilisation du personnel : les « cercles de qualité » sont créés dans plusieurs entreprises et contribuent à la réussite industrielle du pays. Différentes écoles adoptent l'idée de la qualité par la

prévention, aussi bien en Europe qu'aux États-Unis. Chez ces derniers, les grands programmes spatiaux, militaires et nucléaires démontrent rapidement les limites de l'assurance-qualité et d'autres avenues sont inventées.

En effet, compte tenu de la complexité des programmes et de la grande variété des matériaux à utiliser, et donc forcément, de la présence de plusieurs fournisseurs et de plusieurs sous-traitants, il devient impératif de trouver une façon de faire collaborer tous les partenaires à l'effort de qualité. Les entreprises se dotent de plans-qualité, décrits dans de manuels-qualité, et dont la fiabilité est vérifiée par des audits-qualité, l'objectif étant de ne sélectionner que les fournisseurs fiables. C'est l'officialisation de la normalisation et de son corollaire, la certification.

Au début des années 80, le concept de « qualité totale », né quelques années plus tôt au Japon, devient très populaire. « Totale » réfère à la fois à l'ensemble de l'entreprise, de l'ouvrier au président-directeur général en passant par les contremaîtres et les cadres intermédiaires, tous mobilisés par des objectifs qualitatifs. « Totale » réfère également à l'ensemble des processus. Des organismes de certification, tels que l'Organisation internationale de normalisation (ISO), développent diverses normes en matière de gestion de la qualité.

Au milieu des années 1990, le concept de qualité totale cèdera la place à celui d'amélioration continue de la qualité, pour différentes raisons : parce que le concept s'applique mieux dans la production des biens et moins bien dans les services où les relations humaines sont essentielles; parce que la qualité parfaite est plutôt une utopie, et aussi parce que dans la course à la qualité, il n'y a pas de ligne d'arrivée.<sup>7</sup>

### 2.1.2. La gestion de la qualité dans le secteur public

Par rapport au secteur privé, la gestion de la qualité dans le secteur public est un concept relativement récent. Le mythe de la gestion des services publics par un État bon père de famille a cédé le pas face à la nécessité de gérer des ressources de plus en plus rares et de rendre des comptes de sa performance à des citoyens de plus en plus exigeants.

Cependant, les services publics comportent bon nombre de caractéristiques spécifiques qui font que leur qualité soit difficile à mesurer, et par voie de conséquence, à améliorer. Dans bien des cas, la transposition des outils de gestion de la qualité du secteur privé au secteur public s'est révélée inefficace.

En effet, les caractéristiques suivantes des services publiques rendent difficiles la mesure de leur qualité :

- Les services sont intangibles
- Les services sont hétérogènes (variation d'un fournisseur à l'autre)
- Les services sont insécables (production et consommation simultanées)

---

<sup>7</sup> <http://www.ifdqs.org/site/>

- Les services sont variables dans le temps et l'espace (en fonction des besoins de la clientèle)<sup>8</sup>

L'approche qui a été longtemps privilégiée par le secteur public est celle de la satisfaction. Mais comment satisfaire à la fois le citoyen, l'utilisateur/utilisateur, le client et le contribuable qui les financent (tous ces personnages pouvant être réunis dans une seule personne), alors que cela suppose des façons d'être et de faire différentes ?

Selon Nassera Touati<sup>9</sup>, la gestion de la qualité dans les services publics impose d'apprendre à gérer les tensions inhérentes à cette fonction et à arbitrer des dimensions, parfois contradictoires et souvent irréconciliables :

- **Arbitrer entre les intérêts individuels et les collectifs**

Les établissements publics doivent, d'une part, garantir au « client » le meilleur service en toutes circonstances. Mais ils ne peuvent le faire en faisant fi de la capacité de payer des contribuables dont il fait partie. La gestion de la qualité des services publics doit donc tenir compte des besoins des « clients », mais aussi de leurs qualités citoyennes.

- **Arbitrer entre le contrôle et l'autonomie**

D'une part, les organismes publics prennent pied dans un environnement précis. C'est la raison pour laquelle ils doivent disposer d'une certaine marge d'autonomie afin de remplir leur mission en faisant preuve d'une certaine créativité. D'autre part, il est important d'exiger d'eux une certaine conformité à des normes imposées de l'extérieur, entre autres par des organismes de régulation.

- **Arbitrer entre la standardisation et la différenciation**

D'une part, la qualité des services ne peut se passer de standardisation. D'autre part, la qualité des services serait compromise si les établissements devaient appliquer les standards mur-à-mur en ignorant les contextes, notamment ceux de la mission, de la clientèle, de l'environnement, etc. De toute manière, il est difficile de définir des standards de qualité lorsqu'il est question de développer des liens sociaux, de l'empowerment et de la participation citoyenne.<sup>10</sup> Malgré la nécessité de la standardisation, la différenciation demeure donc un critère de qualité pour des organismes qui doivent répondre à divers profils de clientèles.

- **Arbitrer entre le formel et l'informel**

D'une part, la démarche qualité nécessite, de la part des différents acteurs, de travailler ensemble et si possible, de travailler en équipe. D'autre part, il est malaisé d'obliger des gens qui n'ont aucune affinité entre eux de travailler ensemble sur un même objectif, la qualité. La structure informelle, même si elle échappe au contrôle de l'organisation, demeure un maillon essentiel de l'amélioration de la qualité des services.

<sup>8</sup> Nassera Touati, La gestion de la qualité dans le secteur public : a-t-on fait le tour de la question ? In *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, Vol. 14(3), 2009

<sup>9</sup> Idem

<sup>10</sup> Goyette, cité par Touati, op.cit.

La gestion de la qualité des services nécessite donc la prise en compte de la complexité des enjeux et un apprentissage collectif.

### 2.1.3. Les spécificités de la gestion de la qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux

Malgré toute la bonne volonté des acteurs, la gestion de la qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux demeure problématique. Il semblerait que le système de santé se cherche encore un modèle qui lui convient.

Les établissements de santé publics sont tiraillés, d'une part, entre un modèle basé sur la conformité aux normes (les démarches d'agrément et celles des corporations professionnelles auxquelles les praticiens doivent adhérer), et d'autre part, la nécessité de satisfaire les usagers, souvent au détriment des intérêts collectifs des citoyens contribuables. Le contrôle de coûts et l'assurance de la qualité deviennent donc souvent contradictoires.

Les établissements publics se plaignent aussi, à juste titre, de la rigidité des cadres organisationnels et institutionnels, alors que des organismes communautaires se distinguent justement par le maintien de leur spécificité et de leur potentiel d'innovation. Ceux-ci demeurent capables d'établir un rapport de proximité avec les personnes et les communautés, de maintenir une dynamique de réciprocité au sein de leur organisation (bénévolat et militantisme), et de susciter la mobilisation et la participation citoyenne autour d'enjeux socioéconomiques locaux, régionaux et même nationaux.

La qualité du service des organismes communautaires se traduit par leur capacité à fournir un encadrement adéquat et à mettre à la disposition des personnes et des communautés les ressources et les outils nécessaires à leur propre émancipation. Considérée dans cette perspective, la qualité des services prend donc un sens différent de celui qu'on lui accorde habituellement et va bien au-delà du respect d'une norme de contrôle de la qualité ou d'une norme établie par un organisme d'agrément. Elle devient le fondement même du service, puisqu'il s'agit d'établir un compromis entre une norme de production et une norme de consommation définies par des acteurs étant eux-mêmes associés à la constitution du service. Dans cette perspective, c'est donc la question de l'empowerment ainsi que la question de la restauration ou de la création du lien social qui deviennent des critères primordiaux d'évaluation de la qualité du service, puisque ces dynamiques sont au fondement même de l'action de ces organismes.

Dans les établissements publics, ces aspects de la qualité des services sont malheureusement souvent balayés sous des considérations d'ordre procédural et technique (voire même éthique) qui la soustrait au débat public. La distinction entre le mode de fonctionnement des établissements publics et celui des organismes communautaires implique donc de revoir, non seulement les modalités d'évaluation des services, mais aussi la notion même de qualité des services, qui ne peut avoir la même signification que dans les établissements publics, à moins de réduire l'apport des organismes communautaires à leur dimension strictement formelle et utilitariste dans une optique de sous-traitance et d'impartition.

## 2.2. Les concepts-clés utilisés dans la gestion de la qualité<sup>11</sup>

### Qualité

Selon le glossaire du Mouvement québécois de la qualité<sup>12</sup> (MQQ), la qualité est un ensemble de propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites.

Le Conseil québécois d'agrément (CQA) a produit une définition de la qualité souvent utilisée par les établissements de santé et des services sociaux. Pour le CQA, la qualité est la capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des clients (usagers), par l'utilisation des meilleures pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles. Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus.

### Gestion de la qualité

Ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité, l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité.<sup>13</sup>

Les établissements de santé et des services sociaux québécois adoptent de plus en plus le concept de « gestion intégrée de la qualité ». Selon l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux, la gestion intégrée de la qualité est une démarche qui permet la mise en place d'un processus continu, proactif et systématique pour comprendre et gérer la qualité en vue de transmettre les valeurs qui y sont liées dans l'ensemble du système et de susciter réflexion et discussion sur le sujet.<sup>14</sup>

### Système qualité<sup>15</sup>

Ensemble de la structure organisationnelle, des responsabilités, des procédures, des procédés et des ressources pour mettre en œuvre la gestion de la qualité.

### Politique qualité<sup>16</sup>

Orientations et objectifs généraux d'une entreprise en ce qui concerne la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction générale. - NF X 50 - 120

---

<sup>11</sup> Les définitions sont issues des lectures et le CRDICA n'a pas pris position sur leur adoption.

<sup>12</sup> Il s'agit d'une association d'entreprises qui se définit comme étant vouée à l'amélioration continue de la performance. Son glossaire est disponible sur internet à l'adresse : <http://www.qualite.qc.ca/centre-des-connaissances/lexique-glossaire> (consulté le 27 février 2011).

<sup>13</sup> Définition disponible sur internet à l'adresse <http://www.qualiteonline.com/glossaire-G-369-def.html> Consulté le 27 février 2011.

<sup>14</sup> AQESSS (2009). Guide de la gestion intégrée de la qualité. Agence Médiapresse inc. 106 pages.

<sup>15</sup> Glossaire en ligne du Mouvement québécois de la qualité (op.cit.)

<sup>16</sup> Idem

### **Plan qualité<sup>17</sup>**

Document énonçant les pratiques, les moyens et la séquence des activités liées à la qualité, spécifiques à un produit, projet ou contrat particulier. Il doit contenir les objectifs qualité à atteindre, les méthodes de mesure du degré de réalisation, les différentes étapes du processus, les procédures et instructions, les programmes d'essais, de mesure, d'audits, la procédure concernant la modification du plan qualité en fonction de l'avancement.

### **Indicateur qualité<sup>18</sup>**

Un indicateur qualité est une appréciation périodique, généralement quantifiée, d'une composante du système qualité. Il est recommandé de l'exprimer sous forme d'écart par rapport aux objectifs qualité ou exigences.

### **Démarche qualité**

Dans son acception la plus étroite, la démarche-qualité est un ensemble des actions que mène l'entreprise pour se développer par la satisfaction de ses clients.<sup>19</sup> Définie plus largement, elle consiste en un processus, comprenant plusieurs étapes, au cours duquel les différents acteurs mettent en œuvre les orientations et les engagements en matière de qualité que leur organisation a définis.

Selon l'Institut français de la démarche qualité en santé (IFDQS), la démarche-qualité est un engagement difficile qui consiste à se remettre en question, à porter un regard critique sur sa propre pratique, à consentir des efforts et des investissements pour s'évaluer, se former et améliorer ses performances.<sup>20</sup>

### **Assurance qualité<sup>21</sup>**

Ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité.

C'est un engagement du producteur (ou du prestataire) envers le consommateur (ou l'utilisateur) lui garantissant la fiabilité du produit (ou du service) par la mise en œuvre de procédures validées (de bonnes pratiques et de contrôles).<sup>22</sup>

L'assurance qualité consiste à détecter les problèmes de non-qualité et à les corriger. Elle consiste également à prévenir les problèmes de non-qualité.

---

<sup>17</sup> Idem

<sup>18</sup> Idem

<sup>19</sup> Définition disponible sur internet à l'adresse <http://www.qualiteonline.com/glossaire-D-358-def.html> Consulté le 27 février 2011.

<sup>20</sup> <sup>20</sup> Définition disponible sur le site internet de l'Institut français de la démarche qualité en santé, à l'adresse : <http://www.ifdqs.org/site/fiches/fiche6.asp>

<sup>21</sup> Définition disponible sur internet à l'adresse <http://www.qualiteonline.com/glossaire-A-252-def.html> Consulté le 27 février 2011.

<sup>22</sup> Définition disponible sur le site internet de l'Institut français de la démarche qualité en santé, à l'adresse : <http://www.ifdqs.org/site/fiches/fiche2.asp>

### **Audit qualité**

Examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et sont aptes à atteindre les objectifs.<sup>23</sup>

L'OCDE définit<sup>24</sup> l'audit qualité comme étant une activité de contrôle en matière de qualité, exercée de façon objective et indépendante, et destinée à améliorer les opérations d'une organisation et à en accroître la valeur. L'audit aide une organisation à atteindre ses objectifs grâce à une approche systématique et rigoureuse pour constater et améliorer l'efficacité de la gestion des risques, du contrôle et des processus de gouvernance. L'audit peut être interne et/ou externe.

Les différents processus d'agrément ou de certification des produits ou des entreprises s'apparentent à des audits qualité.

### **Contrôle de la qualité**

Le contrôle de la qualité est un ensemble de procédés utilisés (généralement dans l'industrie de production) et qui visent à s'assurer que toutes les personnes et toutes les machines font leur travail correctement tout au long du processus de production et à garantir au consommateur que le produit est conforme à des spécifications ou exigences préétablies. Le contrôle de la qualité inclut une décision d'acceptation en cas de conformité, de rejet ou de retouche en cas de non-conformité.<sup>25</sup>

Bien que le terme soit généralement utilisé dans l'industrie, il est parfois utilisé dans le domaine de la santé, notamment pour les laboratoires.

### **Objectif qualité<sup>26</sup>**

L'objectif qualité englobe les caractéristiques de la qualité voulues par l'entreprise dans le cadre de sa stratégie qualité. L'objectif qualité correspond à un niveau de satisfaction à atteindre pour les attentes prioritaires qui ont été définies par cette stratégie qualité.

### **Politique qualité<sup>27</sup>**

Orientations et objectifs généraux d'une entreprise en ce qui concerne la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction générale

### **Système qualité<sup>28</sup>**

Ensemble de la structure organisationnelle, des responsabilités, des procédures, des procédés et des ressources pour mettre en œuvre la gestion de la qualité.

---

<sup>23</sup> Glossaire en ligne du Mouvement québécois de la qualité (op.cit.)

<sup>24</sup> <http://www.oecd.org/dataoecd/29/21/2754804.pdf>

<sup>25</sup> Définition adaptée à partir de définitions fournies par différents sites web dont celui de l'Encyclopédie canadienne et Wikipédia.

<sup>26</sup> Glossaire en ligne du Mouvement québécois de la qualité (op.cit.)

<sup>27</sup> Idem

<sup>28</sup> Idem

### **Maîtrise de la qualité<sup>29</sup>**

Techniques et activités à caractère opérationnel utilisées en vue de répondre aux exigences relatives de la qualité.

### **Diagnostic qualité<sup>30</sup>**

Examen méthodique de l'ensemble ou d'une partie de l'entreprise permettant de déterminer les points forts et les insuffisances en matière de qualité.

### **Cercle qualité<sup>31</sup>**

Petit groupe constitué de volontaires de l'entreprise travaillant sur des sujets qu'ils ont choisis: dysfonctionnements, problèmes de productivité ou de relations humaines, etc.

### **Amélioration de la qualité<sup>32</sup>**

Actions entreprises en vue d'augmenter l'efficacité et le rendement des processus et activités de l'organisation.

## **2.3. Les huit principes de la gestion de la qualité**

Il existe huit principes reconnus par l'ISO comme fondements dans la gestion de la qualité<sup>33</sup> :

### **Orientation client**

La satisfaction des clients est la base même de tout système de management de la qualité. L'écoute et la compréhension de leurs besoins, présents et futurs est indispensable pour satisfaire leurs exigences et d'aller au-devant de leurs attentes. L'orientation client se traduit par la mise en place d'un véritable processus de communication avec eux, une analyse prospective de leur besoin, une évaluation régulière de leur niveau de satisfaction et le traitement de leurs réclamations.

### **Leadership**

Dans tout système de management de la qualité, la direction doit déterminer clairement ses orientations stratégiques et créer les conditions pour que le personnel puisse pleinement s'impliquer. Pour cela elle doit montrer l'exemple et son réel engagement, définir des objectifs motivants et créer des valeurs partagées.

### **Implication du personnel**

Le personnel est le cœur même d'une entreprise et donc l'un des maillons principal pour tout système de management de la qualité. Son implication est indispensable pour qu'une entreprise puisse progresser. Il est important de faire comprendre à chacun son rôle et son

---

<sup>29</sup> Idem

<sup>30</sup> Idem

<sup>31</sup> Idem. Au CRDICA, on parle plutôt d'équipe-qualité.

<sup>32</sup> Glossaire du Mouvement québécois de la qualité (op. cit.)

<sup>33</sup> <http://www.iso.org/iso/fr/qmp>

importance, de les responsabiliser, de mettre en place des méthodes pour les valoriser dans leur implication.

### **Approche processus**

Tout système de management de la qualité nécessite une approche processus. Celle-ci consiste, entre autre, à déterminer les processus de l'entreprise, leurs interactions et des critères de surveillance. Sur cette base, il sera possible de piloter chaque processus, d'analyser leurs performances, de faire des propositions d'amélioration et de les mettre en œuvre afin de contribuer aux objectifs stratégiques de l'entreprise.

### **Management de la qualité par approche système**

Comprendre et gérer l'entreprise comme un système de processus interdépendants en vue d'un objectif donné permet d'améliorer son efficacité et son efficience. Ce principe permet de clarifier le fonctionnement de l'entreprise, de mettre à jour et de supprimer les activités "doublons" et les zones d'ombres qui sont souvent source de dysfonctionnements.

### **Développement des relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs**

Une entreprise et ses fournisseurs sont interdépendants et des relations mutuellement bénéfiques permettront d'augmenter leurs capacités à créer de la valeur. Pour cela, il est nécessaire de comprendre les intérêts des partenaires, de définir clairement leurs obligations et d'évaluer régulièrement leurs performances et de les intégrer dans les processus.

### **Amélioration continue**

L'amélioration continue d'un système de management de la qualité consiste à augmenter la performance interne et la satisfaction des clients. Cela comprend, entre autre :

- analyse des résultats pour identifier les pistes d'amélioration,
- établissement des objectifs,
- recherche et mise en œuvre des actions d'amélioration,
- évaluation des résultats,
- formalisation des changements.

Cette dynamique de recherche d'amélioration est continue. Les retours d'information des clients, les audits et la revue du système de management de la qualité sont également utilisés pour identifier des opportunités d'amélioration.

L'amélioration continue doit être un objectif permanent de l'entreprise.

Le principe de l'amélioration continue est souvent représenté par un cycle d'actions, appelé "roue de Deming" ou cycle PDCA.

### **Approche factuelle pour la prise de décision**

Décider c'est prendre un risque. Tout manager le sait bien.

Pour pouvoir prendre les bonnes décisions, il faut pouvoir s'appuyer sur des informations fiables. Ces informations doivent donc être disponibles et sous une forme permettant leur analyse et leur compréhension. Dans de nombreux cas, la mise en place d'indicateurs et tableaux de bord pertinents permet de répondre à ce besoin et facilite la prise de décision.

## 2.4. Les théories sur la gestion de la qualité<sup>34</sup>

Les théories sur la gestion de la qualité ont été développées dans une perspective de production des biens et non de production des services. Cependant, elles demeurent largement transférables à la production des services.

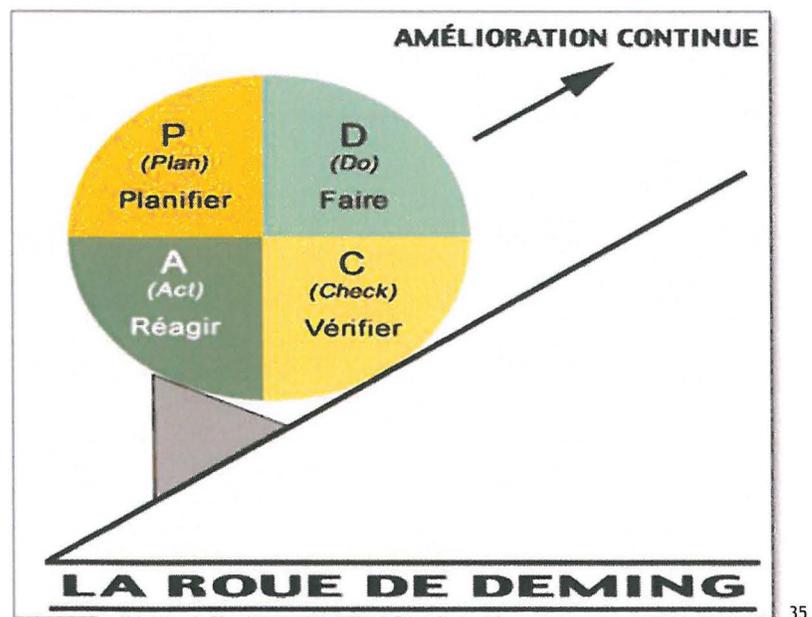
### 2.4.1. La théorie de Deming

Deming est connu pour avoir été l'un des premiers à proposer une approche de l'amélioration continue de la qualité. Il définit la qualité comme «la satisfaction du client, non seulement par le fait de répondre à ses attentes, mais aussi de les dépasser ». La philosophie de Deming est donc basée sur le fait que la qualité commence et se termine avec le client. Les moyens d'améliorer la qualité se trouvent dans la capacité de contrôler et de gérer les systèmes et les processus correctement, et dans les efforts des responsables de la gestion pour y parvenir.

Le principe de la roue de Deming est de procéder à une amélioration, de vérifier que le résultat obtenu correspond à l'attente, qu'il est stable, et de recommencer. Il dit : « Commençons par améliorer ce que nous savons faire, mais pas encore assez bien. Ensuite nous innoverons. Mais pas l'inverse ».

La roue symbolique de Deming est divisée en 4 secteurs :

Figure 3 : La roue de Deming



<sup>34</sup> Source principale: <http://www.techno-preneur.net/information-desk/sciencetech-magazine/2009/feb09/quality-management.pdf>. Consulté le 3 mars 2011. Les autres sources sont indiquées dans le texte.

<sup>35</sup> Source : <http://www.cis-investigations.com/cms/wp-content/uploads/2010/09/roue-de-deming.gif>

PLAN (P) : Planifier, définir les objectifs, la façon dont on va les atteindre, l'échéancier.

DO (D) : Former puis exécuter.

CHECK (C) : Vérifier que les objectifs visés sont atteints. Sinon mesurer l'écart, comprendre ce qui s'est passé.

ACT (A) : prendre les mesures correctives pour arriver au résultat et s'assurer que cet acquis demeurera stable.

De tour de roue en tour de roue, l'entreprise monte la pente des améliorations. La partie ACT est le cliquet anti-retour que les organisations ont naturellement tendance à négliger. D'où des problèmes récurrents qui usent physiquement et moralement les entreprises.<sup>36</sup>

Selon Deming, la non-qualité est due aux causes « communes » et aux « causes » spéciales. Les causes communes sont systémiques; elles sont partagées par de nombreux opérateurs, machines ou produits. Elles ont trait à la conception de produits de mauvaise qualité, à la non-conformité des matériaux et à la médiocrité des conditions de travail. Ces causes sont imputables à la gestion. Les causes spéciales sont, quant à elles, imputables aux employés : manque de connaissances ou de compétences, mauvaise exécution des instructions, etc.

Dans tous les cas, Deming considère que c'est la direction qui est l'ultime responsable de la qualité (et de la non-qualité). La direction doit donner aux employés des normes claires pour ce qui est considéré comme un travail acceptable, et leur fournir les méthodes pour y parvenir. Ces méthodes comprennent un environnement de travail approprié et un climat de travail sain. Il encourage aussi fortement les employés à s'impliquer dans l'effort collectif de qualité.

#### 2.4.2. La théorie de Crosby

Crosby définit la qualité comme la conformité aux exigences. Pour qu'un produit soit de qualité, ses exigences doivent être définies et précisées clairement. Car la qualité réduit les coûts et augmente les profits; le coût de la qualité doit donc être utilisé comme un outil de gestion de la qualité, car celle-ci est mesurée par ce qu'elle coûte à l'entreprise.

Selon Crosby, l'objectif de la qualité est « zéro défaut » : il est important de bien faire les choses **dès la première fois** (sinon les coûts vont exploser). Cela nécessite un accent sur la prévention plutôt que sur les inspections *a posteriori*.

Crosby présente le concept de « maturité de la gestion de la qualité », applicable aux entreprises et incluant des critères tels que l'engagement de la direction, la compréhension des exigences de la qualité par la gestion, les attitudes du personnel, la qualité des produits, la résolution des problèmes de non-qualité lorsqu'ils surviennent, le coût de la qualité en termes de pourcentage des ventes, etc. La maturité de la gestion de la qualité varie d'une entreprise à l'autre et chacune a intérêt à la mesurer, car il en va de sa rentabilité.

---

<sup>36</sup> [http://merckel.org/article.php?id\\_article=27](http://merckel.org/article.php?id_article=27)

Pour Crosby, les erreurs sont dues à deux facteurs: le manque de connaissances et le manque d'attention. L'éducation et la formation pourrait pallier le manque de connaissances, alors qu'un engagement personnel à l'excellence (zéro défaut) et l'attention aux détails permettrait de pallier la seconde.

### 2.4.3. La théorie de Juran

Juran considère que la gestion de la qualité est composée de trois processus de base: la planification de la qualité, le contrôle de la qualité et l'amélioration de la qualité. À l'instar de Deming, Juran définit la qualité comme étant la satisfaction du client ou l'aptitude du produit à être utilisé pour l'usage pour lequel il a été conçu (fitness for use).

À son avis, la gestion de la qualité consiste en :

- La détection de problèmes sporadiques par un processus de contrôle qualité.
- La gestion des problèmes chroniques par un processus différent, à savoir l'amélioration de la qualité.
- La recherche de l'origine des problèmes chroniques dans le processus de planification de la qualité.

Comme Deming, Juran estime que la plupart des problèmes de qualité sont dus à la gestion, et non aux employés. Il estime également que la distinction entre les problèmes chroniques et les problèmes sporadiques est essentielle, car il est nécessaire d'adopter deux approches différentes pour les traiter. Les problèmes chroniques nécessitent un traitement par le principe de la « percée » (autrement dit, un engagement de toute l'organisation à les détecter et à adopter des changements pour les régler), tandis que les problèmes sporadiques nécessitent un traitement par le contrôle de la qualité.

Les approches de Deming, Crosby et Juran sont toutes les trois dans la catégorie des approches processus.

### 2.4.4. La théorie de Feigenbaum

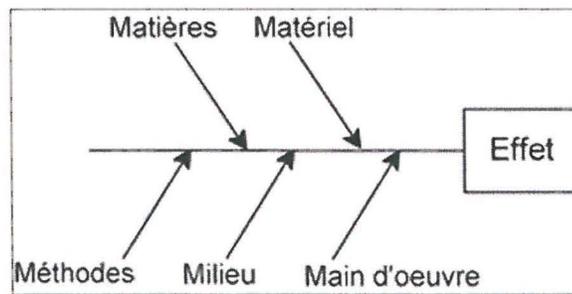
Feigenbaum est le père de la qualité totale. Il préconise une gestion « élargie » de la qualité, appliquée à toutes les étapes, de la conception du produit à sa livraison (incluant le service à la clientèle), plutôt que de se limiter, comme on le faisait traditionnellement, à un contrôle de la qualité au stade de la fabrication. La chaîne de qualité, soutient-il, commence par l'identification de toutes les exigences des clients et ne s'arrête que lorsque le produit ou le service est fourni au client, qui reste convaincu d'avoir eu un bon service. Ainsi, toutes les activités fonctionnelles, telles que la conception, l'ingénierie, l'achat de fournitures, la fabrication, l'inspection, la comptabilité, le marketing, l'expédition, l'installation sont impliqués dans la réalisation de la qualité. Un contrôle efficace de la qualité totale exige, par conséquent, un degré élevé d'intégration fonctionnelle et de coordination.

### 2.4.5. La théorie d'Ishikawa

Ishikawa est le père du diagramme des causes et effets (ou diagramme en arêtes de poissons). Pour lui, les causes de la qualité (ou de la non-qualité) sont réparties dans les cinq catégories appelées 5M :

- Matière : les matières premières, et plus généralement les entrées du processus.
- Matériel : l'équipement, les machines, le matériel informatique, les logiciels, et les technologies.
- Méthode : le mode opératoire et la recherche et développement.
- Main-d'œuvre : Tout ce qui concerne les [ressources humaines](#).
- Milieu : L'environnement, le positionnement, le [contexte](#).

Figure 4 : Diagramme d'Ishikawa



D'après Ishikawa, la qualité se définit comme « le développement, la conception et la production d'un produit qui est le plus économique, le plus utile, et le plus satisfaisant pour le consommateur ». Il fait valoir que le contrôle de la qualité s'étend au-delà de la vente du produit et englobe les services après-vente. Les cercles de qualité sont un moyen important d'atteindre les objectifs de qualité.

L'originalité de la contribution d'Ishikawa est d'avoir mis en évidence le fait, communément admis aujourd'hui, que la qualité des biens et des services va bien au-delà du binôme vendeur-client. La philosophie de gestion (respect des employés, gestion participative, responsabilité sociale des entreprises, etc.) ainsi que les principes éthiques (développement durable, respect des cultures, etc.) font autant partie de la gestion de la qualité.

## 2.5. Les approches utilisées pour apprécier la qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux<sup>37</sup>

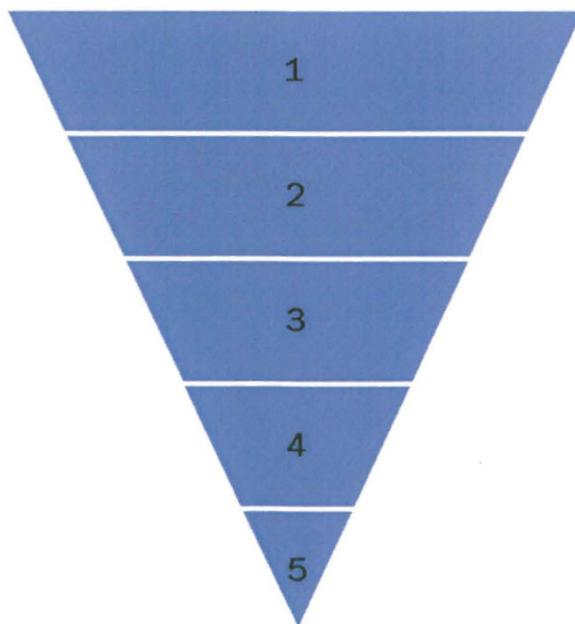
### 2.5.1. Une approche orientée vers les problèmes

Cette approche consiste à identifier le ou les problèmes qui affectent la qualité des services, les évaluer et les classer par ordre de priorité, identifier les actions correctives, assigner la correction de celles-ci à des personnes responsables et assurer les suivis nécessaires.

En principe, les problèmes se classent en suivant le modèle du triangle renversé : les plus sérieux, les plus perturbateurs et les plus coûteux figurant au sommet, et dans le bas pointu du triangle, les problèmes de moindre importance. Les solutions, quant à elles, sont classées suivant le modèle d'un triangle régulier. On devrait habituellement s'attaquer en premier aux solutions les plus faciles, les plus rapides et les moins coûteuses et s'attaquer aux problèmes complexes.

Figure 5 : Illustration de l'approche orientée vers les problèmes

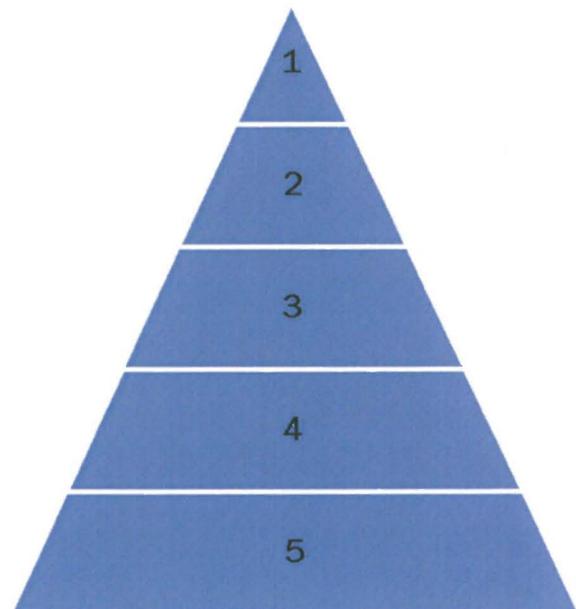
#### IDENTIFICATION DES PROBLÈMES



L'ordre de priorité des problèmes est établi en fonction :

- de leur sévérité
- du coût de leurs conséquences
- du degré des perturbations qu'ils provoquent
- de leur durée

#### IDENTIFICATION DES SOLUTIONS



L'ordre de priorités des solutions est établi en fonction :

- de leur facilité d'implantation
- de la rapidité de leur implantation
- de l'économie de leur implantation

<sup>37</sup> Dr Joan Kahn (1987). Gestion de la qualité dans les établissements de santé. Montréal, Éditions Agence d'Arc.

Les sources d'information sur les problèmes sont les plaintes, les rapports d'incidents-accidents, les évaluations de la satisfaction, les tendances statistiques (roulement du personnel, absentéisme, etc.) L'on comprendra cependant que cette approche comporte des limites :

- la perception de ce qu'est un problème est toute relative dans des établissements où se côtoient de nombreuses personnes aux intérêts divergents;
- identifier un problème et trouver une solution efficace et abordable en termes de coûts monétaires et humains sont deux processus tout aussi complexes l'un que l'autre. Il n'est pas rare de mal identifier les problèmes, ou encore de tenter de trouver des problèmes aux solutions préétablies;
- les organisations et les personnes peuvent camoufler des problèmes pour différentes raisons (éviter des poursuites, préserver des réputations, etc.)
- enfin, les problèmes sont souvent systémiques et il est inefficace de les lister et tenter de les résoudre un à un, sans égard aux interactions entre eux. Exemple : un problème de moisissure dans les murs peut avoir des liens avec des coupures budgétaires, lesquelles ont entraîné le recrutement d'une main-d'œuvre non qualifiée pour l'entretien des immeubles, laquelle a contribué à détériorer le climat général de travail. Les responsables des ressources humaines n'ont pas discuté de la situation avec ceux des finances, les décisions essentielles ont tardé à être prises, et ainsi de suite. Dans cet exemple, la moisissure n'est que la pointe de l'iceberg.

### 2.5.2. Une approche orientée vers les normes

Cette approche met l'accent sur l'examen de la conformité des pratiques, des infrastructures, des technologies, etc. par rapport à différentes normes :

- lois, règlements, lignes directrices et orientations ministérielles
- normes des corporations professionnelles
- protocoles et standards de pratique
- manuels de spécifications des équipements
- normes en matière d'hygiène, de qualité de l'air, de conservation des médicaments, de sécurité des usagers, de laboratoire, etc.

En principe, une norme a été établie pour aider à éviter les problèmes qui ont été constatés par le passé. Ainsi, en se conformant aux normes, les organisations sont probablement en meilleure position pour assurer un service de qualité. Une vérification périodique est effectuée pour vérifier la conformité, soit par une instance interne, soit par un organisme externe, souvent dans une démarche d'accréditation.

L'approche orientée vers les normes comporte aussi des limites : la conformité aux normes n'est pas nécessairement une garantie de qualité. Les organismes peuvent se conformer aux normes sans que leurs clients soient convaincus de la qualité des services et en soient satisfaits. Ils peuvent aussi consacrer d'importantes ressources à la conformité aux normes au détriment d'autres aspects tout aussi importants. Enfin, les normes externes ont parfois pour effet d'empêcher le développement des normes internes.

### 2.5.3. Une approche orientée vers les objectifs

Celle-ci consiste à se fixer un ou une liste d'objectifs à atteindre, à les classer par ordre de priorité en fonction de leur degré d'urgence, à identifier les actions nécessaires pour atteindre les objectifs et à mesurer régulièrement les résultats.

L'on distingue des objectifs de processus et des objectifs de résultats. Les premiers servent à progresser vers les seconds. Par exemple : mettre en place un programme de prévention des chutes, établir une politique sur l'administration des médicaments, donner aux employés la formation sur l'utilisation des mesures de contrôles, sont des objectifs de processus qui concourent à atteindre un même objectif : assurer une prestation sécuritaire des services.

L'approche orientée vers les objectifs offre l'avantage d'être mobilisateur : les gens travaillent à l'atteinte d'un même but et cela donne un sens à leur travail. Elle comporte aussi ses limites : son application suppose que les organismes adoptent une gestion par résultats, ce qui n'est pas souvent le cas des établissements de santé (ceux-ci considèrent qu'ils ont des obligations de moyens et non des obligations de résultats).

### 2.5.4. L'approche du contrôle des écarts

L'approche du contrôle des écarts est une approche qui combine les trois approches précédentes. Par une vérification, on cherche à la fois à identifier les problèmes, à les confronter aux normes existantes et à les traduire en écarts par rapport à celles-ci, afin de s'en rapprocher le plus possible. Par exemple :

- Réduire le délai d'attente pour un premier service de réadaptation de 180 jours à 90 jours en deux ans;
- Passer de 60% à 85% des employés formés sur l'utilisation des mesures de contrôle en trois ans.

Cette approche exige que les écarts soient effectivement mesurés. Or, la culture de la mesure et de l'évaluation n'existe pas dans bon nombre d'établissements de santé et des services sociaux.

## 2.6. La gestion de la qualité dans le système québécois de la santé et des services sociaux : trois modèles

### 2.6.1. Le modèle de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Pendant plusieurs années, l'institution qui s'appelle aujourd'hui Agence de la santé et des services sociaux de Montréal<sup>38</sup> a travaillé au développement d'un concept de « service » qui, depuis son adoption en 1994, est la plus utilisée dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

---

<sup>38</sup> Anciennement Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, anciennement Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal.

Au printemps 2004, l'Agence a mandaté la firme Léger Marketing afin d'actualiser le concept de qualité des services. Les résultats de cette démarche ont permis au réseau de bénéficier d'une définition harmonisée avec les standards d'agrément développés par le Conseil québécois d'agrément. D'autres institutions du secteur de la santé, tels que l'Institut de la statistique du Québec et l'AQESSS ont adopté le concept.<sup>39</sup>

Le concept de service se structure en trois dimensions : relation avec le client, prestation professionnelle et organisation des services. Chacune de ces dimensions est divisée en indicateurs comme suit<sup>40</sup> :

#### ❖ Relation avec le client

Cette dimension concerne la relation qui s'établit entre le personnel et l'utilisateur. Cette dernière est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits. Elle comporte trois indicateurs :

- **Respect** : considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à se conduire envers elle avec réserve et retenue. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif à la vie privée de l'utilisateur. Le respect sous-tend également une acceptation de la différence.
- **Confidentialité** : protection des renseignements personnels assurée par un environnement et des attitudes garantissant leur non-divulgaration à des personnes non autorisées.
- **Empathie** : attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive du client, une considération de la globalité de la personne.

#### ❖ Prestation professionnelle

Cette dimension, qui touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins des usagers par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés. Elle comporte quatre indicateurs :

- **Fiabilité** : aptitude d'un système à garantir à chaque usager l'utilisation de pratiques diagnostiques et thérapeutiques sécuritaires et au moindre risque, assurant le meilleur résultat en termes de santé et de bien-être, conformément à l'état actuel des connaissances et pour la plus grande satisfaction de l'utilisateur, tant sur le plan des procédures que des résultats ou encore des contacts humains à l'intérieur du système de santé et de services sociaux.
- **Responsabilisation** : action destinée à accroître l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne.

<sup>39</sup> Institut de la Statistique du Québec (2008). Regard croisé sur la satisfaction et les attentes usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec en 2006-2007. Disponible à l'adresse : [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/rapp\\_satisf\\_08.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/rapp_satisf_08.pdf)

<sup>40</sup> Source : Le Conseil québécois d'agrément. Le système d'agrément. Pour une gestion intégrée de la qualité. Version 1, 2009. Disponible à l'adresse : <http://www.agrement-quebecois.ca/upload/agrement-quebecois/editor/asset/systeme.pdf>

- **Apaisement** : attitude propre à calmer, à rassurer une personne et à lui procurer une tranquillité d'esprit, un sentiment de sécurité et de confiance.
- **Solidarisation** : action destinée à impliquer, de près ou de loin, l'entourage de l'utilisateur (sa famille, ses proches, etc.) dans l'organisation et la prestation de services.

#### ❖ Organisation des services

Cette dimension, qui touche l'organisation des services, réfère à l'environnement et au contexte qui en entoure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort ; les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent en assurer ou non la rapidité et la continuité. Elle comporte cinq indicateurs :

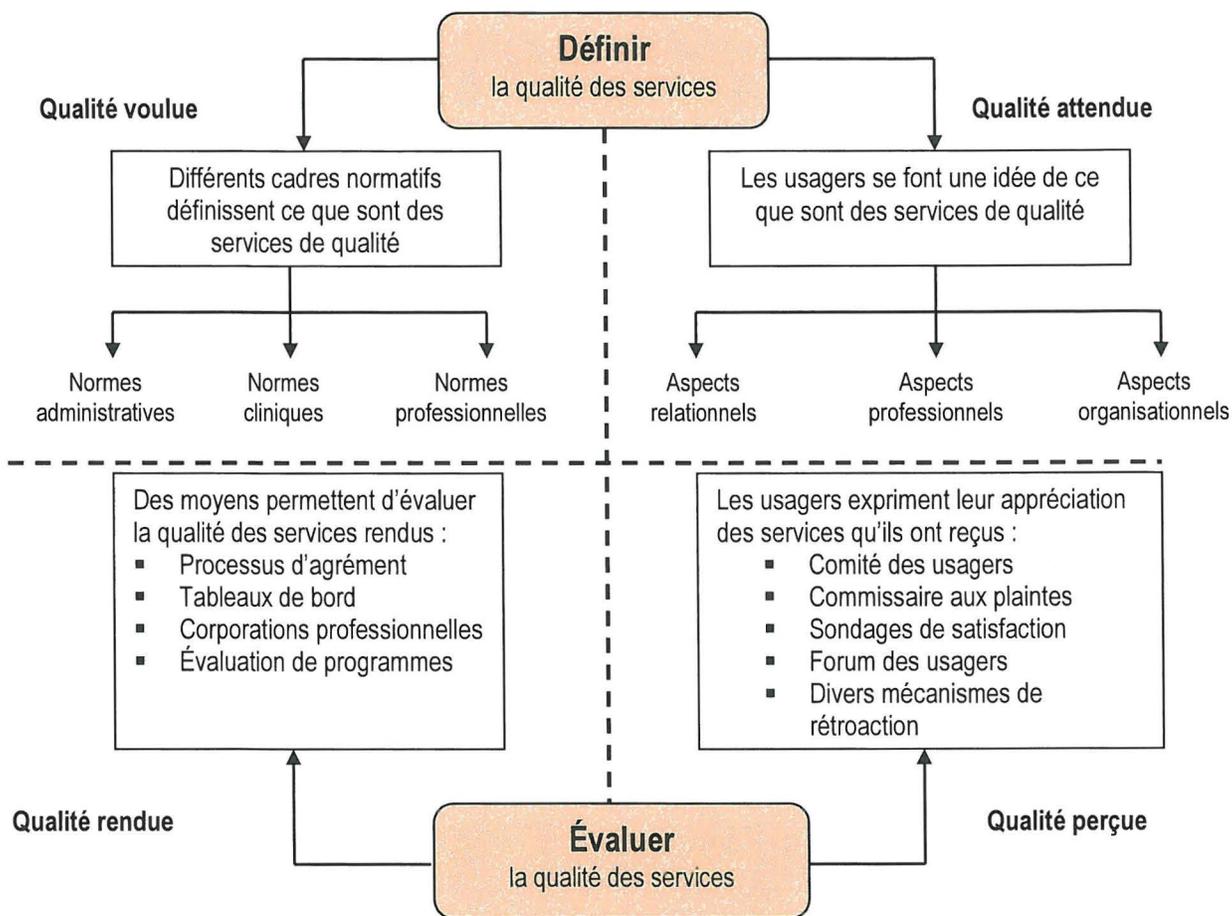
- **Simplicité** : qualité destinée à faciliter l'utilisation et la compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. Elle concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétention) que les choses qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser.
- **Continuité** : qualité assurant une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'utilisateur et la circulation de l'information.
- **Accessibilité** : caractéristique qui rend possible l'accès aux services sur le plan de la géographie, des installations physiques, des heures d'ouverture, de la langue et de la culture.
- **Rapidité** : caractéristique qui permet d'obtenir une réponse à une demande de services, ou au service lui-même, dans un laps de temps raisonnable.
- **Confort** : bien-être matériel résultant d'un environnement physique chaleureux caractérisé par des lieux sécuritaires, propres et ordonnés.

Ce concept, une fois adopté par le Conseil québécois d'agrément, s'est imposé dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois.

#### 2.6.2. Le modèle de l'agence de la santé de la Mauricie-Centre du Québec

L'agence de la santé de la Mauricie-Centre du Québec a développé un modèle d'appréciation de la qualité selon deux points de vue: le point de vue des fournisseurs de services (professionnels et gestionnaires/décideurs) et celui des bénéficiaires (usagers). Ces deux points de vue se décomposent en quatre perspectives :

Figure 6 : Modèle d'appréciation de la qualité développé par l'agence de la santé de la Mauricie Centre-du-Québec

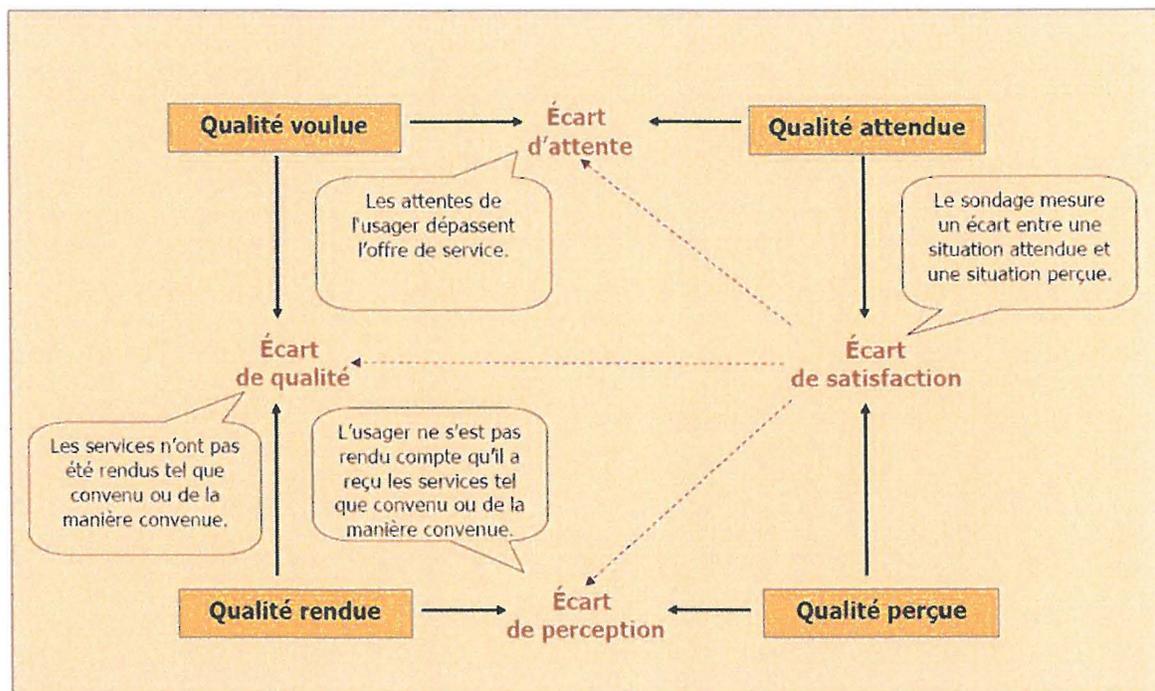


- **La qualité voulue** est constituée des énoncés de mission, de vision, de valeurs et de la philosophie de gestion; elle est également constituée des plans d'organisation, des orientations stratégiques, des cadres de références et des guides de pratique. Elle est établie en fonction des ressources disponibles, des lois, des normes cliniques, professionnelles et administratives.
- **La qualité attendue** regroupe les éléments d'information concernant les attentes et les besoins explicites ou implicites des clientèles, des employés, des partenaires, des décideurs, de la communauté et du grand public. Elle se précise à l'intérieur de plans d'action qui visent à assurer la satisfaction des besoins des usagers et la prise en compte des attentes des différentes clientèles.
- **La qualité rendue** témoigne des effets et des résultats atteints par les activités des projets cliniques et organisationnels en regard des objectifs fixés en vue d'établir les écarts par rapport à la qualité voulue. Elle peut être évaluée par différents moyens tels que l'autoévaluation, dans le cadre de la démarche d'agrément, les inspections des ordres professionnels ou les différentes pratiques évaluatives ayant cours dans les établissements.

- La **qualité perçue** provient de l'appréciation de la qualité des soins et des services reçus par les usagers, les citoyens et toute autre personne intéressée à formuler son opinion. Plusieurs outils permettent d'avoir accès à cette perception, tels que les sondages de satisfaction et les groupes de discussion.

Le modèle est assorti d'un cadre d'analyse basé sur les écarts : écart de qualité, écart d'attente, écart de perception et écart de satisfaction.

Figure 7 : Cadre d'analyse des écarts de qualité



### **Écart de satisfaction**

Il nous renseigne sur l'existence d'une problématique qui peut provenir soit d'un écart de qualité, d'un écart d'attente ou d'un écart de perception.

### **Écart d'attente**

Cette situation se produit lorsque les attentes de la clientèle dépassent l'offre de services. Les usagers expriment une moins grande satisfaction parce que les services, bien qu'ils soient rendus en conformité avec les bonnes pratiques, ne rencontrent pas leurs attentes ou l'idée qu'ils se faisaient de la façon dont les services doivent être rendus. L'écart d'attente s'explique souvent par la méconnaissance qu'ont les usagers de l'offre de services. Il peut aussi révéler certaines lacunes quant à l'adéquation entre l'offre de services et les besoins des usagers. En termes d'amélioration de la qualité, le constat d'un écart d'attente invite, soit à mieux communiquer et à clarifier l'offre de services auprès des usagers, soit à en évaluer la pertinence et la modifier afin de mieux répondre aux besoins des personnes qui requièrent des services.

### ***Écart de perception***

Il résulte d'une interprétation erronée de la part des usagers. Cela se produit lorsque ces derniers, pour diverses raisons, ne se sont pas rendu compte que les services ont été rendus en conformité avec les bonnes pratiques. En termes d'amélioration de la qualité, l'écart de perception invite à se questionner sur l'information donnée aux usagers, à mettre en place des mécanismes afin d'assurer une meilleure communication avec les usagers et à donner ainsi une meilleure visibilité à la qualité des services rendus.

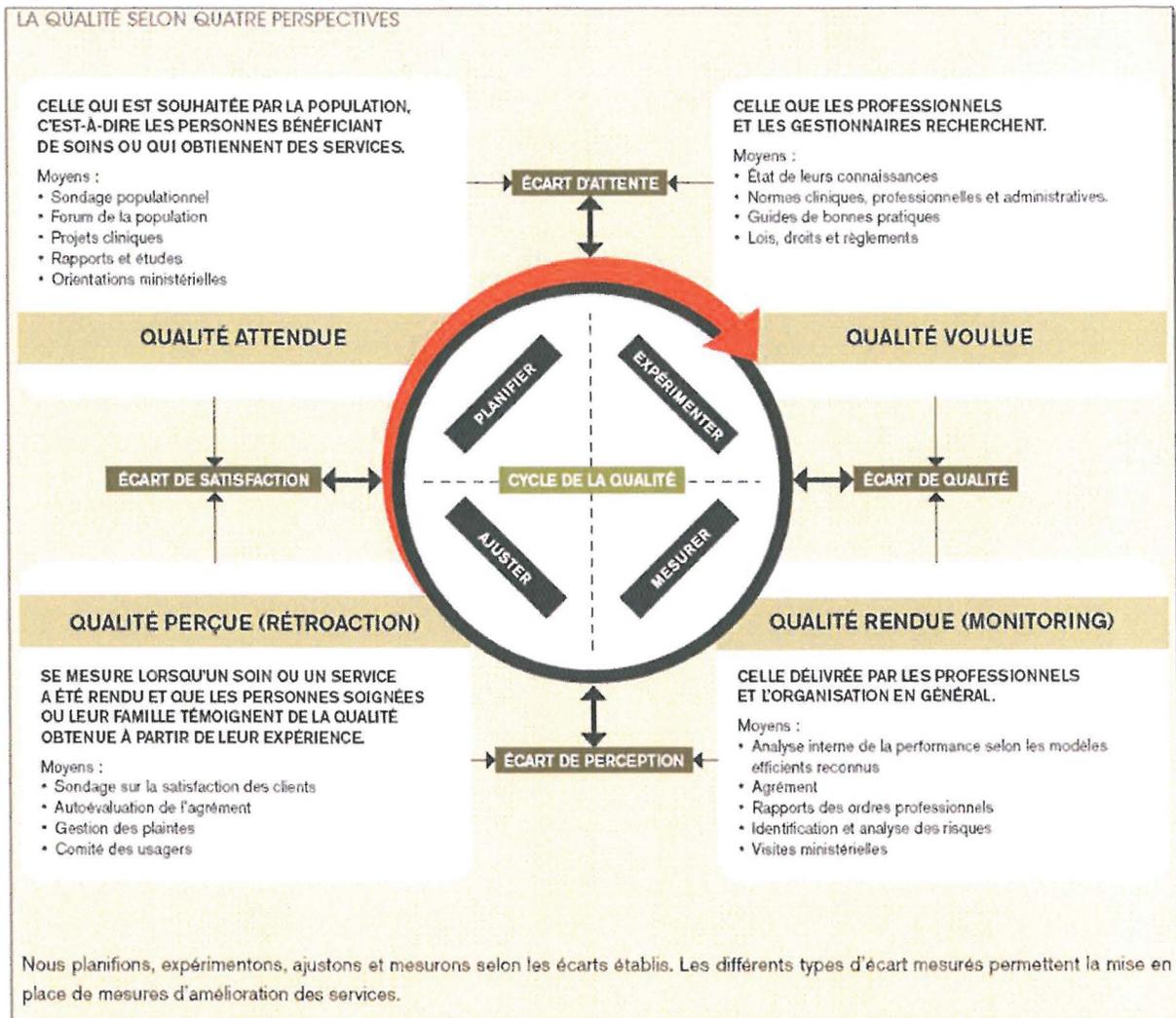
### ***Écart de qualité***

Lorsque les services n'ont pas été rendus en conformité avec les bonnes pratiques ou tels que convenus, on peut parler d'une problématique par rapport à la qualité du service. Dans ces circonstances, la perception des usagers sera validée à l'aide de mesures de la qualité, notamment par le biais d'auto-évaluations, d'inspections professionnelles, de processus d'évaluation et du suivi des tableaux de bord. En termes d'amélioration, l'écart de qualité invite à identifier les causes, proposer des améliorations, les mettre en œuvre et évaluer les résultats.

Ce modèle a été adapté de différentes façons par divers institutions du réseau de la santé et des services sociaux (CQA, AQESSS, CSSS de la Vieille Capitale, du Québec (voir annexes dans le texte final) et même à l'international.

L'adaptation de l'AQESSS est intéressante à maints égards. Aux quatre perspectives de la qualité, elle intègre le cycle de la qualité (la roue de Deming), les définitions de la qualité ainsi que les moyens de la mesurer.

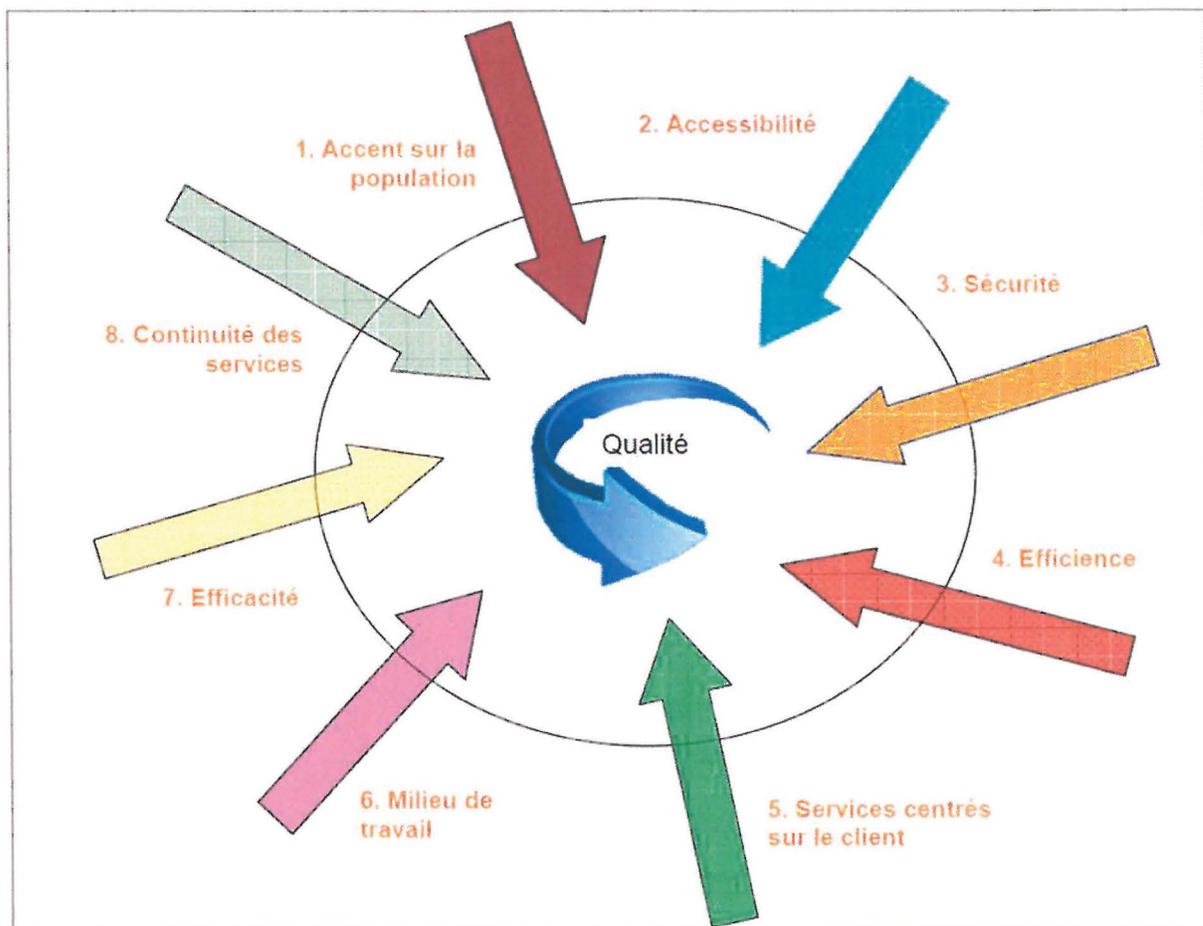
Figure 8 : La qualité selon quatre perspectives - modèle de l'AQESSS



### 2.6.3. Le modèle du CRDI Pavillon du Parc

Le modèle du CRDI Pavillon du Parc comporte huit dimensions : l'accent sur la population, l'accessibilité, la sécurité, l'efficacité, les services centrés sur le client, le milieu de travail, l'efficacité et la continuité des services.

Figure 9 : Les huit dimensions de la qualité des services



Les différentes flèches vers l'intérieur reflètent le fait qu'ensemble et dans un même élan, tous les acteurs de l'organisation harmonisent leurs actions et initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité, à savoir : s'évaluer, identifier les pistes d'amélioration et apporter des mesures préventives et correctives. La flèche bleue au centre symbolise que la recherche de la qualité est un cycle continu, sans fin, dont le point de départ et le point d'arrivée sont centrés sur l'utilisateur.

## CHAPITRE III :

# LA DÉMARCHE D'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

## 3.1. Évolution des services dispensés aux personnes présentant une DI ou un TED<sup>41</sup>

### 3.1.1. Évolution des services dispensés aux personnes présentant une DI ou un TED dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois

Pour comprendre l'évolution de la gestion de la qualité des services dispensés aux personnes présentant une DI ou un TED, un survol historique s'impose.

La préoccupation pour la qualité des services dispensés à ces personnes remonte aux années 60. En 1962, le rapport Bédard met en évidence les lacunes dans les services dispensés à ces personnes, qui sont internées dans des hôpitaux psychiatriques où aucune distinction n'est faite entre les soins dispensés aux malades mentaux, ceux dispensés aux personnes présentant une DI et ceux présentant un TED.

L'implication des associations de parents de ces personnes joue un rôle déterminant dans l'instauration de solutions autres que l'institutionnalisation. Au moyen de campagnes de financement menées dans leurs communautés, ces associations participent à la mise sur pied de services comme des classes spéciales, des ateliers protégés et des internats de rééducation. Les centres d'apprentissage à la vie sont destinés à « l'enfance exceptionnelle ». Il s'agit d'internats de rééducation qui misent sur les capacités de la personne. La vie de groupe et les activités quotidiennes sont alors perçues comme des moyens de réadaptation.

Au cours des années 70, l'État québécois établit la LSSSS; la gestion de la santé passe des communautés religieuses à l'État. Le système de santé tel qu'on le connaît aujourd'hui est né. Un réseau public de centres dédiés à la clientèle qui présente une DI est alors créé. Le principe de normalisation, la volonté d'offrir des services le plus près possible des milieux de vie, les développements pharmacologiques et l'avancée des connaissances dans le domaine de la DI accélèrent le mouvement de désinstitutionalisation.

En 1984, le gouvernement québécois établit la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et met sur pied l'Office des personnes handicapées du Québec. Pendant cette décennie, les objectifs les plus importants de la normalisation sont la création, le soutien et la

---

<sup>41</sup> Dix ans d'Histoire du Centre de réadaptation en DI Chaudière-Appalaches. 1999-2009. Disponible sur internet : [http://www.crdich-appalaches.org/documents/livre\\_web.pdf](http://www.crdich-appalaches.org/documents/livre_web.pdf)

défense de rôles sociaux valorisés pour les personnes risquant d'être dévalorisées. Le concept de valorisation des rôles sociaux est très bien accueilli dans le champ de la DI.

En 1984, l'Office des personnes handicapées du Québec publie la politique *À part... égale - L'intégration des personnes handicapées : un défi pour tous*. Elle détermine les orientations en vue d'en arriver à une organisation des ressources et à une adaptation du milieu de vie qui répondent aux besoins des personnes handicapées. En 1988 sont présentées les nouvelles orientations ministérielles : *L'intégration des personnes présentant une DI : un impératif humain et social*. Elles fournissent des objectifs précis quant à la désinstitutionalisation et aux services à mettre en place pour maintenir les personnes en milieu naturel.

Au cours des années 90, alors que le mouvement de désinstitutionalisation s'accélère, un nouveau modèle conceptuel d'intervention se profile : l'approche positive. Elle fait la promotion de trois valeurs centrales : la conviction qu'il existe un potentiel de développement tout au long de la vie de la personne présentant une DI et que ses besoins sont similaires à ceux de toute autre personne ; la certitude quant à l'importance de considérer son point de vue et la reconnaissance de sa citoyenneté à part entière.

Le réseau des CRDI est créé par la nouvelle LSSSS en 1991, par la fusion des établissements régionaux. En 2001, le MSSS diffuse la politique *De l'intégration sociale à la participation sociale*. Le but poursuivi est de mettre en place un réseau de services intégrés qui offrira aux personnes ayant une DI et à leurs proches la gamme de services requis pour soutenir le développement optimal de leur potentiel, leur intégration et leur participation sociale. Un plan d'action de la politique est également diffusé. En 2003, des orientations qui viennent encadrer le développement d'une organisation de services propre aux personnes présentant un TED sont publiées par le Ministère : *Un geste porteur d'avenir*.

En décembre 2003, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est sanctionnée, avec l'objectif d'une meilleure intégration des services. Le portrait du réseau change par la création de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et la mise en place de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). En janvier 2004, le Ministère publie *L'architecture des services de santé et des services sociaux* : les personnes ayant une DI ou un TED ne seront plus dorénavant sous la seule responsabilité des CRDI, mais tous les partenaires du RLS se partageront cette responsabilité. Un mois plus tard, le Ministère publie *L'intégration des services de santé et des services sociaux*, document dans lequel sont définis les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services, de même que les niveaux de services. La mise en place du nouveau mode d'organisation de services préconisé représente un défi pour tout le réseau de la santé et des services sociaux en raison des changements de cultures et de pratiques qu'il comporte.

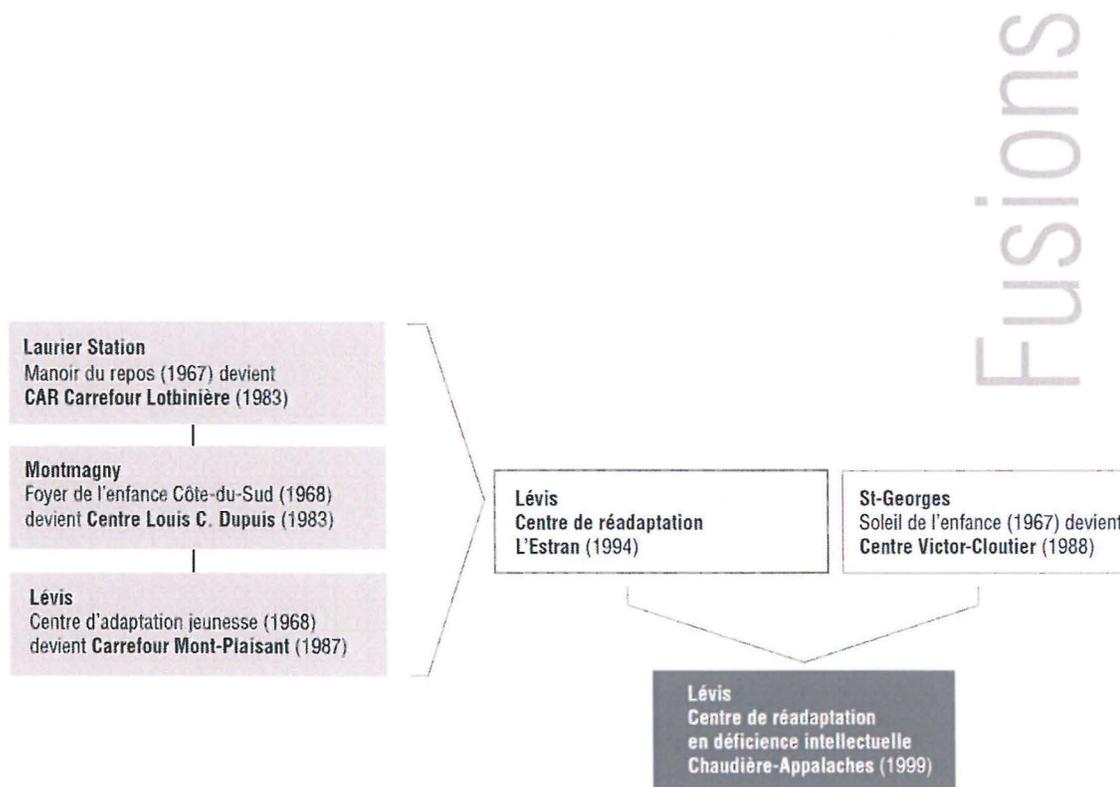
### 3.1.2. Évolution des services du CRDICA

Le CRDICA résulte de la fusion du Centre de réadaptation L'Estran et du Centre Victor-Cloutier le 21 octobre 1999. L'Estran était issu lui-même de la fusion, en 1994, du Carrefour-

Lotbinière, du Centre d'accueil de réadaptation Louis C. Dupuis et du Centre d'adaptation jeunesse, trois établissements situés au nord de la région Chaudière-Appalaches.

Le Centre Victor-Cloutier, quant à lui, avait la responsabilité de dispenser des services dans le sud de la région. En décembre 2002, une partie des activités, de la clientèle et du personnel de l'Hôpital Saint-Julien sont transférés au CRDICA dans le cadre d'un processus de désinstitutionalisation. Cette évolution est illustrée par la figure suivante<sup>42</sup> :

Figure 10 : Évolution du CRDICA au gré des fusions



Cette évolution par la fusion des établissements démontre non seulement une mise en commun d'approches et pratiques cliniques différentes, mais aussi un certain amalgame de cultures organisationnelles.

En septembre 2006, est implantée une nouvelle structure organisationnelle qui tient compte des changements survenus dans le réseau de la santé et des services sociaux, dont la création des centres de santé et de services sociaux et la mise en place de RLS. C'est dans une perspective d'accessibilité, de continuité, de qualité et de hiérarchisation des services que le CRDICA fait le choix de moduler sa structure en fonction des territoires géographiques des RLS. Ainsi, des coordinations clinico-administratives sont déployées sur chaque territoire de

<sup>42</sup> Histoire du CRDICA, op. cit.

CSSS afin de faciliter les arrimages, la concertation et les ententes au bénéfice de la clientèle.

L'établissement reçoit les personnes sur référence, évalue leurs besoins et leur offre les services requis à l'intérieur de ses installations ou dans leurs milieux de vie, soit à l'école, au travail ou à domicile. Si nécessaire, le CRDICA s'assure que la personne ou les membres de son entourage soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

L'établissement s'est engagé dans un processus continu d'amélioration de la qualité des services qui est décrit dans les lignes suivantes.

### **3.2. Évolution de la gestion de la qualité des services au CRDICA : un processus en 3 étapes<sup>43</sup>**

Bien qu'on puisse affirmer que le CRDICA a toujours eu à cœur la qualité des services offerts à ces clientèles, d'importants changements survenus au cours des dix dernières années dans l'organisation des services lui imposent, comme à d'autres établissements d'ailleurs, une remise en question continuelle de sa démarche-qualité.

Les derniers changements en date ont été amenés par les plus récentes orientations ministérielles.<sup>44</sup> Celles-ci imposent un important changement de paradigme. Alors que l'ancien paradigme préconisait une prise en charge des personnes pendant toute leur vie, le nouveau peut se résumer ainsi : les personnes présentant une DI ou un TED doivent bénéficier d'épisodes de services ayant des objectifs précis et mesurables, au cours desquels elles reçoivent des services spécialisés de qualité, intenses et continus, et au terme desquels des résultats sont mesurés. De plus, les services sont offerts aux personnes dans une vision « programme » et non dans une vision « établissement. Autrement dit, les personnes reçoivent des services d'un réseau d'établissements offrant des services complémentaires, le CRDICA ayant, quant à lui, le mandat d'offrir des services spécialisés en deuxième ligne. Aussi, la démarche d'amélioration de la qualité des services du CRDICA a pour toile de fond la spécialisation des services. Elle s'inscrit dans un processus qui se subdivise en trois phases<sup>45</sup> :

#### **3.2.1. La phase de planification**

Dès sa création en 1999, le CRDICA a créé une direction chargée de la qualité des services. La direction combinait la responsabilité de la planification et de la qualité (On reconnaît l'approche de l'assurance qualité). En 2002-2003, elle a fusionné avec la direction des services

<sup>43</sup> La description rend compte des efforts réalisés par le CRDICA, indépendamment des appréciations externes telles que les agréments et les visites ministérielles.

<sup>44</sup> Orientations 2007-2012 relatives aux standards d'accès, de continuité et de qualité du programme-services déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, les

<sup>45</sup> La démarche décrite est une démarche propre au CRDICA et non celle obligatoire, réalisée dans le cadre du processus d'agrément.

professionnels pour devenir la direction des services professionnels, de la qualité et de la recherche (l'établissement adopte alors l'approche processus).

Dès lors, l'objectif d'amélioration de la qualité des services était mentionné dans tous les rapports annuels, les plans stratégiques, les plans d'organisation et les plans d'amélioration de la qualité élaborés au terme des processus d'agrément.

Le plus récent plan d'organisation (2009-2012) présente le modèle de l'amélioration de la qualité des services adopté par le CRDICA. Le modèle est basé sur la contribution et la complémentarité entre trois éléments : la démarche d'agrément, les processus organisationnels et les mécanismes de contrôle.

Les processus organisationnels décrivent les actions mises en œuvre par le CRDICA pour répondre aux exigences des normes d'excellence auxquelles il cherche à se conformer. Ils contribuent à l'amélioration de la qualité des services, à la satisfaction de la clientèle, au maintien et au développement de la mobilisation du personnel et à l'augmentation de la performance organisationnelle. Ces processus réfèrent aux activités cliniques, administratives et de gestion et s'appuient sur les standards et les meilleures pratiques reconnues. Chacune des activités se réalise sur la base d'un savoir-faire et d'un savoir être en lien avec la vision organisationnelle, les valeurs, les philosophies d'intervention et de gestion du CRDICA.

Les mécanismes de contrôle et de suivi de la qualité ont une fonction d'autorégulation. Ils servent à corriger les irrégularités dans la dispensation des services. Ces mécanismes sont de prévention, de contrôle, de suivi et de mesure de résultats des activités cliniques, administratives et de gestion.

La démarche d'agrément, quant à elle, repose sur l'évaluation externe et systématique des pratiques organisationnelles en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques et d'un processus qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement.<sup>46</sup>

Le modèle d'amélioration de la qualité adopté par le CRDICA est présenté en annexe 2. Malgré la qualité du modèle adopté, son implantation pose encore de nombreux défis, qui seront détaillés au chapitre IV.

### 3.2.2. La phase d'implantation

Le CRDICA, à l'instar d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, doit continuer à offrir des services tout en procédant à leur amélioration (ce qu'on appelle dans le réseau, « réparer une voiture qui roule »). Aussi, l'établissement implante progressivement de nouvelles façons de faire, tout en continuant d'en planifier d'autres, ce qui rend difficile une délimitation dans le temps des moments de planification et des moments d'implantation.

---

<sup>46</sup> Plan d'organisation 2009-2012 du CRDICA, op.cit.

La stratégie d'implantation d'une démarche qualité choisie par le CRDICA peut être analysée selon les quatre perspectives : la qualité voulue, la qualité rendue, la qualité perçue et la qualité attendue.<sup>47</sup>

**LA QUALITÉ VOULUE** est actualisée par les éléments suivants<sup>48</sup>, qui témoignent de la volonté des responsables et des intervenants du CRDICA d'offrir des services de qualité aux usagers:

**a) La création des comités et instances chargés de veiller à la qualité des services**

Conformément aux modifications apportées à la LSSSS en 2005, le CA du CRDICA a créé le comité de vigilance et de la qualité et le comité de gestion de risques (et d'autres comités qui sont plus pertinents pour la gestion de la performance que pour celle de la qualité). Le premier commissaire aux plaintes et à la qualité des services a également été nommé.

**b) L'adoption d'outils de gestion de la qualité**

Le CRDICA a adopté des politiques, des procédures et des directives relativement à la qualité des services, notamment en ce qui concerne la prestation sécuritaire des services, la gestion des risques, la gestion du dossier de l'utilisateur, l'administration des médicaments, l'application des mesures de contrôle, etc.<sup>49</sup> Il a également adopté un code d'éthique<sup>50</sup>.

D'autres outils ont été élaborés, mais ils ne sont pas encore adoptés. Il s'agit du cadre conceptuel de l'offre de services, de la politique sur l'élaboration des programmes, l'évaluation et l'amélioration de la qualité des services et du cadre de référence sur l'évaluation de la satisfaction des usagers.

**c) La formalisation du processus clinique**

Tel qu'indiqué, le CRDICA est le résultat de fusions successives d'établissements, lesquels avaient leurs propres normes et pratiques. De plus, il dessert un vaste territoire et les réalités (notamment démographiques) varient beaucoup d'une région à l'autre.

Afin d'harmoniser les pratiques et de doter l'établissement de balises communes en matière d'accès aux services et de cheminement des usagers, l'établissement a adopté un processus clinique. Celui-ci est constitué de l'ensemble des opérations visant la détermination, sur une base personnalisée, des besoins de la personne en termes de services spécialisés. S'appuyant sur des fondements théoriques, il permet l'analyse des situations de handicap<sup>51</sup> pour ensuite déterminer les priorités d'intervention, les moyens d'intervention et le suivi des interventions. Il constitue la façon de traiter la demande de services et encadre la prestation des interventions spécialisées. Sa finalité est d'assurer à la personne le bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée.

---

<sup>47</sup> Cfr modèle de gestion intégrée de la qualité de l'AQESSS

<sup>48</sup> La liste n'est pas exhaustive.

<sup>49</sup> La liste des politiques, procédures et directives relatives à la qualité des services se trouve en annexe.

<sup>50</sup> Le code d'éthique est présentement en révision.

<sup>51</sup> Le modèle d'analyse adopté par l'établissement est le modèle du processus de production du handicap, selon lequel la déficience en soi ne constitue pas un handicap; c'est dans l'interaction entre la personne et son environnement qu'il peut y avoir handicap ou pas.

#### **d) L'embauche de personnes-ressources**

Au cours de l'année 2010, une conseillère-cadre à la qualité, un conseiller-cadre chargé de l'élaboration des programmes et une agente de planification, de programmation et de recherche chargée de l'évaluation et de la recherche (l'auteure de ce rapport) ont été embauchés. Des postes de spécialistes en activités cliniques avaient été créés au cours des deux années précédentes. Ceux-ci sont chargés de soutenir les intervenants et de veiller à ce qu'ils offrent au quotidien des services de qualité. De nombreux professionnels assurent également des rôles de soutien auprès des intervenants, tout en offrant également des services directs aux usagers. Deux personnes sont exclusivement chargées de la qualité du dossier de l'utilisateur.

#### **e) L'élaboration de programmes**

Au cours de l'année 2010, le CRDICA a adopté un nouveau modèle d'organisation des services par programmes.<sup>52</sup> Un conseiller-cadre est chargé de l'élaboration des programmes. Quatre programmes<sup>53</sup>, correspondant à quatre catégories de clientèles (les enfants de moins de six ans présentant un TED, les enfants de moins de 6 ans présentant une DI, les adultes en intégration au travail et les adultes en intégration résidentielle) sont en cours d'élaboration. Les bénéficiaires escomptés au niveau de la qualité des services ont contribué à la structuration et à l'adoption d'une vision commune des services, à la coordination des actions, à l'équité entre différentes catégories de clientèle, au développement de la mesure et de l'évaluation de la qualité, à la formation de nouveaux employés, etc.

#### **f) Le soutien à la recherche**

Bien que le CRDICA n'ait pas de mandat explicite en matière de recherche, il contribue à l'effort commun des CRDITED de favoriser la recherche sur les problématiques DI et TED, afin que celle-ci procure aux praticiens les données probantes dont ils ont besoin pour assurer des services de qualité.

À court terme, l'établissement facilite la réalisation des projets de recherche pour lesquels il est sollicité. À moyen et long terme, il est envisagé de développer le transfert des connaissances issues de la recherche, de resserrer les liens entre la recherche et l'intervention et de développer une programmation sur des thèmes et des préoccupations propres à l'organisation.

#### **g) Les partenariats**

En raison de l'approche « programme » ou « réseau » dans la prestation des services, qui remplace progressivement l'approche « établissement », la qualité des services passe aussi par l'établissement des partenariats efficaces entre différents acteurs du réseau. Pour ce faire, le CRDICA demeure actif au sein de la FQCRDITED et établit des partenariats avec les organisations régionales, notamment les CSSS, les commissions scolaires, le réseau des CPE, les employeurs et d'autres fournisseurs de service aux usagers.

---

<sup>52</sup> Avant 2010, le modèle qui prévalait est celui de la FQCRDITED, basé sur une approche « services » et non sur une approche « programmes ».

<sup>53</sup> Sur une possibilité de douze ou treize.

**LA QUALITÉ RENDUE** est révélée à travers les rapports annuels de l'établissement, les rapports d'activités des comités et des services, les tableaux de bord de gestion et les études internes menées sur des sujets tels que la conformité des processus aux guides de pratique, le respect de protocoles d'intervention, etc.

**LA QUALITÉ PERÇUE** et la **QUALITÉ ATTENDUE** sont appréciées de différentes façons :

**a) la collaboration avec le comité des usagers**

Le comité des usagers a bénéficié du soutien de l'établissement, par l'embauche de deux personnes : une agente de liaison avec le comité des usagers et une autre personne qui assure le soutien avec le comité.

**b) Les rapports du commissaire aux plaintes et à la qualité des services**

Ces rapports renseignent sur la qualité des services (ou plutôt, sur la non-qualité) telle qu'elle est perçue par les usagers.

**c) La démarche continue d'évaluation de la satisfaction des usagers,**

En cours d'implantation, celle-ci qui renseignera régulièrement sur l'appréciation des services par les usagers en général et de façon plus spécifique, par programme-clientèle.

**d) Le forum des usagers**

Un premier forum a été organisé en 2008; il a permis d'échanger avec les usagers sur leurs attentes. L'établissement souhaite renouveler l'expérience et la rendre plus régulière à un rythme qui reste encore à déterminer.

**e) L'adhésion à une démarche d'humanisation de la gestion : Planetree**

Le CRDICA est engagé dans une démarche continue d'humanisation de ses services et de sa gestion inspirée du modèle Planetree. Cette approche consiste à placer l'humain au cœur des préoccupations de toute personne qui œuvre au CRDICA et intègre aussi bien les usagers que les employés et leurs familles. L'établissement d'ailleurs a été retenu pour participer à un projet pilote soutenu par le MSSS.

**h) Les communications internes**

Au cours des dernières années, le CRDICA a travaillé beaucoup à l'amélioration des communications internes. Vers la fin de l'année 2011, l'établissement s'est doté d'un nouvel outil de communication : l'intranet.

### **3.2.3. Les démarches qui se poursuivent et à venir**

L'implantation de l'évaluation continue de la satisfaction des usagers se poursuit. Le calendrier de réalisation prévoit que l'ensemble des groupes-clientèles seront parties prenantes à l'évaluation d'ici 2013.

L'élaboration des programmes se poursuit également. Les premiers programmes élaborés feront l'objet de consultations à partir de l'automne 2011 et le processus d'élaboration continuera jusqu'à ce que tous les programmes-clientèles soient officiellement adoptés.

L'établissement prévoit se doter de cadres de référence et de guides de pratique pour différents domaines d'intervention telles que la gestion des abus et de la négligence, le polyhandicap, la parentalité, etc. Un guide sur la supervision clinique et un cadre de référence sur le soutien à la pratique sont en cours d'élaboration.

Entre autres démarches qui n'ont pas encore débuté, on peut citer :

- L'implantation des programmes et le suivi
- L'évaluation des programmes
- La formalisation du soutien aux partenaires
- L'élaboration d'une politique d'assurance qualité
- La mise au point d'un mécanisme interne de gestion des insatisfactions

Cependant, malgré un contexte qui n'est pas toujours favorable, le CRDICA poursuit ses efforts afin de se doter de moyens d'amélioration continue de la qualité de ses services. Le chapitre suivant fera état d'une analyse des forces et des faiblesses de l'établissement, ainsi que des opportunités et des menaces externes qui pèsent sur la démarche.

## CHAPITRE IV

### UNE ANALYSE SWOT DE LA DÉMARCHE D'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES AU CRDICA

L'analyse SWOT (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats) est un outil d'analyse stratégique créé par Albert S.Humphrey en 1960. Il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un territoire, d'un secteur, etc. avec celle des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie.

Au début, l'objectif de l'analyse SWOT était de comprendre pourquoi les planifications d'entreprise échouent. Elle est devenue aujourd'hui, un outil d'aide à la décision. Elle permet d'évaluer une situation afin de prendre les bonnes décisions pour l'améliorer.

Dans l'analyse SWOT, les forces sont les aspects positifs internes que contrôle l'organisation et sur lesquels on peut bâtir dans le futur. Les faiblesses sont les aspects négatifs internes mais qui sont sous le contrôle de l'organisation, et pour lesquels des marges d'amélioration importantes existent. Les opportunités sont les possibilités extérieures positives, dont on peut éventuellement tirer parti, dans le contexte des forces et des faiblesses actuelles. Les menaces sont les problèmes, obstacles ou limitations extérieures. Les opportunités et les menaces sont souvent hors du champ d'influence de l'organisation.<sup>54</sup>

L'analyse SWOT étant basée sur le jugement des participants, elle est par nature subjective et qualitative. Celle-ci est d'autant plus subjective qu'elle a été réalisée par un membre de l'organisation sans consulter d'autres membres. Sa valeur est donc relative.

#### 4.1. Les forces et les faiblesses de l'établissement (internes)

##### 4.1.1. Les forces

###### a) L'engagement de la direction

L'amélioration de la qualité des services au CRDICA est supportée par un engagement fort de la part de la direction. Des engagements clairs sont communiqués aux employés, aux usagers et aux partenaires via divers documents : plan stratégique, plan d'organisation, plan d'amélioration de la qualité des services découlant de l'agrément, diverses communications, mandats octroyés aux comités, etc.

###### b) L'engagement du personnel envers la clientèle

L'engagement du personnel envers la clientèle est une des forces principales du CRDICA et un atout majeur pour la qualité des services. Cet engagement est révélé autant par les

---

<sup>54</sup> [http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too\\_swo\\_res\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too_swo_res_fr.pdf)

démarches d'agrément que par la simple observation. La préoccupation d'offrir le meilleur service qui soit à l'utilisateur et de l'amener à optimiser son potentiel est omniprésente.

#### **c) Les partenariats**

Le CRDICA a développé de nombreux partenariats, aussi bien avec d'autres établissements du système de santé et des services sociaux qu'avec des organismes communautaires, des employeurs et des ressources résidentielles. Ces partenariats permettent une réflexion et un cheminement communs dans l'amélioration de la qualité des services. L'adage communément utilisé au CRDICA pour qualifier l'importance des partenariats est « Tout seul on va plus vite, mais ensemble, on va plus loin ».

#### **d) L'adoption d'une approche participative**

L'établissement fait des efforts considérables pour favoriser la qualité des services dans une approche participative. On peut citer l'adoption de l'approche de l'interdisciplinarité dans l'intervention clinique. Cela signifie grosso modo que l'utilisateur est entouré par une équipe composée d'éducateurs et de spécialistes qui travaillent pour les mêmes objectifs, partagent l'information et évaluent ses résultats. On peut citer également l'adoption d'une approche participative de l'élaboration des programmes.

### **4.1.2. Les faiblesses**

#### **a) L'amalgame de cultures organisationnelles**

Comme cela a été indiqué au chapitre III, le CRDI est un établissement relativement récent (1999). De ce fait, il n'a pas vraiment d'histoire institutionnelle commune, l'établissement étant le résultat de la fusion de différents établissements (et de leurs histoires respectives). Certains fonctionnaient sur le modèle « centre de réadaptation de jour », d'autres sur le modèle « centre hospitalier » et d'autres sur le modèle « organisme communautaire subventionné ». Ces différentes cultures restent toujours ancrées au sein du personnel et empêchent l'adoption de références communes par rapport à la qualité des services.

#### **b) Les ressources humaines**

Le CRDICA a des employés qualifiés et qui font preuve d'un engagement sans faille envers la clientèle. Cependant, certains aspects du portrait des ressources humaines constituent des faiblesses sur le plan de la qualité des services.

Le premier aspect est le vieillissement du personnel : 41% du personnel avaient plus de 50 ans en 2009.<sup>55</sup> Par conséquent, il y aura bientôt des départs massifs à la retraite des employés les plus expérimentés, ce qui aura un impact certain sur la qualité des services. Il n'est pas non plus évident que la relève ait été planifiée,<sup>56</sup> ni que le transfert des connaissances tacites développées au cours des années par des employés soit valorisé.

---

<sup>55</sup> Plan d'organisation 2009-2012

<sup>56</sup> Il se peut qu'un plan de relève existe mais je n'en ai pas connaissance.

Le deuxième aspect concerne les conventions collectives. Selon les conventions signées, les droits acquis par les employés leur permettent de changer de poste selon leur priorité d'ancienneté. Un employé ayant accumulé 25 ans d'ancienneté dans les services aux adultes peut donc poser sa candidature pour un poste en petite enfance et l'obtenir, non pas parce qu'il est plus qualifié que les autres candidats, mais simplement parce qu'il a plus d'ancienneté. Cela pose un défi pour la spécialisation des services : comment mettre la bonne personne au bon poste (auprès du bon usager) si l'ancienneté prime sur l'adéquation entre les tâches et les compétences ?

Le troisième aspect découle directement du second : le CRDICA enregistre un taux élevé de roulement du personnel. Même s'il semble difficile d'obtenir des chiffres précis<sup>57</sup>, il semble que le taux de roulement avoisinerait 13%. Cela ne veut pas cependant dire que les employés quittent définitivement l'établissement. Bon nombre d'entre eux changent simplement de poste. Le roulement du personnel est un obstacle important à la qualité des services.

Le quatrième obstacle est le climat de travail. Le dernier processus d'agrément (2009-2010) a révélé un climat plutôt tendu, et un autre sondage sur le climat de travail est prévu pour le printemps 2011. Il est difficile de travailler ensemble à la qualité des services lorsque la qualité de vie au travail se détériore.

### **c) L'intégration n'est pas encore au point**

Malgré une réelle volonté d'adopter une approche intégrée, les modalités d'intégration en sont encore à leurs débuts et les mécanismes pour la favoriser ne sont pas encore développés.

D'une part, il existe une réelle dichotomie entre les niveaux stratégiques (le comité de vigilance et de la qualité des services, le comité de gestion des risques et le comité de direction) et le niveau opérationnel. Par exemple, si on leur posait la question, bien peu d'intervenants seraient en mesure de nommer les membres de l'un ou l'autre des comités, de décrire leur rôle et l'influence que ces comités pourraient avoir sur les services qu'ils offrent aux usagers.

D'autre part, même au niveau des services directs, les « silos » demeurent la norme. Ceux qui travaillent en intégration résidentielle ne sont aucunement au courant de ce qui se passe en intervention précoce - petite enfance, ceux qui travaillent dans le territoire de Montmagny-l'Islet ne sont pas au courant du travail fait à Thetford Mines, et ainsi de suite. Les « silos » ne favorisent pas l'échange de meilleures pratiques et cela nuit à l'amélioration de la qualité des services.

---

<sup>57</sup> J'ai demandé les chiffres depuis plusieurs mois et je ne les ai pas obtenus.

## 4.2. Les opportunités et les menaces (externes)

### 4.2.1. Les opportunités

#### a) L'appartenance au réseau public de la santé et des services sociaux

L'appartenance du CRDICA au système de santé et des services sociaux peut être considérée comme une opportunité pour l'amélioration de la qualité des services. L'établissement dispose d'une garantie minimale des budgets pour assurer et développer ses services. De plus, il dispose d'outils (lois, règlements, politiques, etc.) qui assurent l'encadrement de ses services, ainsi que d'organismes dûment mandatés pour le contrôle de la qualité des services (des organismes d'agrément, les corporations professionnelles, etc.) Enfin, il fait partie d'un réseau qui développe ensemble une culture de la qualité et partage autant qu'il peut les meilleures pratiques en la matière.

#### b) Le développement de la recherche

Une des faiblesses du réseau des CRDI consiste en l'insuffisance de données probantes, issues de recherches scientifiques consistantes, sur ce que devrait être un service de qualité en matière de DI et de TED. Les services se sont développés dans une philosophie, fondée sans aucun doute sur l'intention de faire du mieux que l'on peut dans les circonstances. Les questionnements sur la pertinence des interventions, la validité, l'efficacité et l'efficience (comparées ou non), le résultat pour la personne, ne se sont développés que plus tard. En ce sens, le développement actuel de la recherche en la matière ne peut que constituer une excellente opportunité pour la qualité des services offerts par les CRDI.

#### c) L'activisme des familles

Les familles des personnes présentant une DI ou un TED se sont constituées en associations et/ou organismes communautaires qui défendent les intérêts de ces personnes. Même si l'activisme des familles n'est pas toujours bien accueilli dans le réseau, et n'a pas que des avantages pour les concernés, il oblige les établissements à se surpasser ou, à tout le moins, à faire attention à la sécurité et au bien-être des personnes. En ce sens, les familles jouent un rôle de garde-fou pour la qualité des services.

### 4.2.2. Les menaces

#### a) La prédominance des normes externes

Les normes de qualités externes émanant soit du MSSS, soit des organismes d'accréditation, soit des corporations professionnelles sont omniprésentes dans le réseau de la santé. Même si l'on peut considérer cela comme un avantage, il y a aussi de nombreux inconvénients, car aucun établissement ne ressemble à un autre. Chacun devrait pouvoir définir ce qu'est un service de qualité en considérant des critères en lien avec son environnement (i.e. rural vs urbain), sa clientèle (i.e. âge, situation socioéconomique des familles), son personnel, ses partenaires, etc. Or, il n'est pas rare de voir un hôpital évaluer la qualité de ses services en utilisant les mêmes outils qu'un établissement de réadaptation de deuxième ligne. Bien évidemment, l'idée qu'un établissement puisse définir ses propres normes de qualité comporte aussi son lot d'inconvénients. La solution la plus avantageuse serait de trouver un

juste milieu entre la standardisation mur à mur et la définition de la qualité au regard du contexte.

**b) L'absence d'une culture de la mesure et de l'évaluation**

La culture de la gestion par résultats n'est pas bien développée dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pendant longtemps, il y a eu des préjugés tacites chez les acteurs du milieu de la santé, selon lesquels ils font toujours la bonne action (même s'ils ne font rien pour s'en assurer) et atteignent les résultats escomptés (même s'ils ne les ont pas préalablement définis). Les activités de mesure et d'évaluation, lorsqu'elles existent, sont souvent le fait d'obligations légales en matière de reddition de comptes ou d'acteurs externes (organismes d'accréditation et corporations professionnelles par exemple). La culture de la mesure et de l'évaluation à l'interne à des fins d'amélioration continue ne semble pas exister. Le CRDICA n'échappe malheureusement pas à cet écueil, même si les efforts ont débuté pour instaurer cette culture.

**c) L'incohérence des politiques gouvernementales**

À cause du travail en « silos » et d'une trop grande centralisation, des politiques ministérielles incohérentes les unes par rapport aux autres entravent la qualité des services. Un exemple pour illustrer cette incohérence : une personne qui vit avec une DI ou un TED peut être intégrée au travail dans un objectif de participation sociale, sans que cette personne soit nécessairement rémunérée comme des personnes sans déficience (la vitesse d'exécution des tâches, le niveau de complexité des tâches qui lui sont confiées et sa performance globale au travail ne sont pas comparables). Néanmoins, l'employeur ou le CRDICA peuvent dégager un montant pour que cette personne puisse payer ses déplacements pour aller au travail et ses repas de midi. Cependant, dans certaines régions, ces montants sont considérés comme des revenus et amputés du chèque d'aide sociale. Donc, cette personne est financièrement désavantagée du seul fait qu'elle veut participer à la vie sociale par le travail!

Les incohérences sont aussi remarquées lors des transitions de la petite enfance (ministère de la famille) à l'école (ministère de l'éducation), dans l'organisation des transports adaptés, etc.

**d) Les caractéristiques des usagers**

Alors qu'il est généralement admis que les usagers sont au centre de la démarche d'amélioration de la qualité des services, les limitations fonctionnelles des usagers du CRDICA font en sorte que leur contribution à la définition et à l'évaluation de la qualité est limitée. Non pas parce qu'ils ne sont pas capables d'exprimer leur point de vue, mais bien parce que les méthodes et les outils pour les consulter ne sont pas suffisamment développés, ni la culture de le faire. L'établissement est obligé de passer par les familles et les proches (d'ailleurs la majorité des membres du comité des usagers sont des parents et proches). Cela pose un problème de démocratie, tous les autres citoyens jouissant de représentation directe.

**e) La sursollicitation des intervenants et des usagers**

L'évaluation de la qualité des services passe par divers moyens, incluant l'évaluation des attentes et de la satisfaction des usagers et des employés.

Les usagers et leurs familles sont très sollicités : d'abord, pour s'impliquer dans les plans d'intervention, mais aussi par des organismes communautaires, des chercheurs, des évaluations de la satisfaction, etc. les intervenants sont aussi très sollicités, par le travail intense qu'ils doivent faire avec les usagers, mais aussi par des tâches administratives, l'implication dans divers comités, la recherche, les évaluations de la satisfaction au travail, etc. À la longue, la sursollicitation menace la qualité des services parce qu'elle occasionne une certaine lassitude et aussi un certain cynisme lorsque les démarches aussi prenantes n'aboutissent pas à des résultats positifs concrets.

**f) Les contraintes budgétaires**

Tous les services publics au Québec font face à d'importantes contraintes budgétaires. Les CRDI n'y échappent pas, ce qui pourrait affecter la qualité des services. Les établissements ne sont pas autorisés à couper dans les services directs, mais ils coupent dans la formation, l'achat de livres, les déplacements (et par voie de conséquence, dans les activités de transfert de connaissance tels que les colloques ou les congrès). Cela génère des messages totalement contradictoires : on voudrait offrir des services spécialisés mais il n'y a pas de moyens pour offrir des formations d'accompagnement.

**g) L'étendue territoriale**

Le CRDI offre des services sur un territoire très étendu, délimité par le fleuve Saint-Laurent au nord et par la frontière américaine au sud. À l'ouest, il y a toute la région de Thetford Mines et à l'est, celle de Montmagny.

Cette étendue territoriale pose un défi. D'une part, il y a des régions urbaines, à haute intensité démographique, ce qui implique la disponibilité de plusieurs ressources, autant publiques que privées, des familles plus instruites, ayant plus de moyens, et plus engagées dans les services, des organismes communautaires et des employeurs potentiels pour les usagers pouvant travailler. Sans compter la possibilité de recruter des employés qualifiés et la proximité des universités qui aiderait à développer divers services. D'autre part il y a des régions rurales, ayant une démographie et une économie moins dynamiques et des ressources moins développées. Non seulement l'étendue impose d'énormes coûts, mais elle menace aussi l'accessibilité et la continuité des services et l'équité entre les usagers.

**h) Les difficultés du benchmarking**

Un des moyens d'améliorer la qualité des services est de se comparer aux autres établissements ayant la même mission. Or, dans le domaine de la DI et des TED, aucun établissement ne peut véritablement se comparer à un autre. Même si les comparaisons sont effectuées dans le cadre de l'agrément, chacun des établissements a évolué et évolue toujours dans un contexte très particulier. L'offre de service est également très diversifiée. Donc, les comparaisons réalisées comportent de nombreuses limites.

**i) Les technologies**

Le système de santé et des services sociaux du Québec accuse un important retard sur l'utilisation de nouvelles technologies de la communication. L'informatisation des dossiers des usagers reste notamment problématique dans le réseau des CRDI, puisqu'un nouveau système, conçu initialement pour le réseau de la déficience physique, y est implanté depuis 2009. Non

seulement la conception du système n'est pas terminée, mais aussi les intervenants éprouvent beaucoup de difficultés à l'appriivoiser, ce qui affecte grandement la qualité du dossier de l'utilisateur et le partage des informations. De plus, l'utilisation des technologies, même celles qui sont disponibles gratuitement, n'est pas vraiment implantée dans la culture des établissements du réseau de la santé. Le système de communication (Lotus Note) est aussi désuet. Techniquement, rien n'oblige les établissements à acheter des licences coûteuses des compagnies comme Microsoft et IBM. Il existe des produits performants, gratuits (sinon utilisables moyennant une contribution) mais les établissements ne peuvent pas les utiliser. Ces derniers sont soumis aux contraintes et normes du réseau des télécommunications sociosanitaire (RTSS) dans un souci compréhensible d'assurer la protection et la sécurité des renseignements personnels des usagers. Cela limite les possibilités d'innovation au niveau local et d'ailleurs, il semblerait que les responsables ne cherchent même pas à en savoir plus sur les opportunités que les technologies pourraient leur offrir sur le plan de la qualité des services.

**j) L'incompréhension face à la spécialisation des services**

La spécialisation, même si on en parle beaucoup depuis 2005, n'est pas encore bien comprise par les intervenants. D'ailleurs, nombreuses idées négatives y sont associées malgré des formations et des échanges entre personnels concernés. Tout simplement, ces derniers n'y croient pas (et se gardent bien de le formuler ainsi). Les sentiments de perte de sens, de perte de l'identité professionnelle, d'incompétence, de doute et de démotivation qui persistent affectent la qualité des services mais il est difficile de savoir dans quelle mesure, car l'engagement indéfectible envers la clientèle tend à compenser.

**k) Un manque quasi-total de la conscience des coûts**

L'efficacité (la livraison d'un service de qualité à moindre coût) est un important indicateur de la qualité des services. Or, dans le réseau de la santé et des services sociaux, les intervenants et les usagers ne semblent avoir aucune conscience des coûts des services (les personnes que j'ai interrogées à ce sujet m'ont dit que ce n'est pas leur rôle mais celui des gestionnaires). Par conséquent, ils ne se préoccupent pas de trouver des façons plus efficaces de livrer des services. Par ailleurs, ceux-ci sont rarement invités à contribuer aux efforts de réduction de coûts. Et quand ils y sont invités, ils ne sont pas tenus de s'y conformer, puisqu'aucun suivi n'est assuré.

Par exemple, les employés pourraient contribuer à l'effort de réduction des déplacements pour des réunions et utiliser d'autres moyens de se parler. Or, il m'est arrivé de faire des déplacements de quatre heures ou plus pour une réunion de deux heures. La vidéoconférence et, à la rigueur, la téléconférence, pourraient contribuer à réduire les coûts de déplacements mais elle n'est pas utilisée. Les coûts d'impression demeurent aussi assez élevés, même si les personnes pourraient très bien utiliser les versions électroniques de leurs documents (la contribution à cet effort est volontaire).

**l) La culture DI**

Pendant plusieurs années, les personnes présentant une DI ont été perçues dans la société comme des personnes inaptes pour toute leur vie. Aussi étonnant que cela puisse paraître trente ans après le principe de la désinstitutionnalisation (sa mise-en-œuvre étant venue plus

tard), cette culture existe toujours, aussi bien chez les parents que chez les intervenants. De ce fait, les services orientés vers l'auto-détermination des personnes sont perçus comme étant de moins bonne qualité, ou, simplement, comme dangereux pour les personnes.

**m) Une culture « établissement » plutôt qu'une culture « réseau »**

Malgré les orientations ministérielles, les établissements continuent à définir leurs services comme étant des services offerts par un établissement en particulier et non des services faisant partie d'un réseau. La mise en commun des efforts des établissements pour la qualité n'est pas encore développée. D'ailleurs, le plus récent agrément a révélé des faiblesses sur le plan de la continuité des services<sup>58</sup>. Toutefois, il faut noter que le CRDICA fait d'énormes efforts pour corriger la situation et qu'il joue souvent le rôle de remorqueuse pour d'autres établissements.

**TABLEAU-SYNTHÈSE : ANALYSE SWOT DES CONDITIONS D'IMPLANTATION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES AU CRDICA**

	<b>POSITIF</b>	<b>NÉGATIF</b>
<b>ORIGINE INTERNE</b>	<b>LES FORCES</b>	<b>LES FAIBLESSES</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'engagement de la direction</li> <li>• L'engagement du personnel envers la clientèle</li> <li>• Les partenariats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'amalgame de cultures organisationnelles</li> <li>• Les ressources humaines</li> <li>• L'intégration n'est pas encore au point</li> </ul>
<b>ORIGINE EXTERNE</b>	<b>LES OPPORTUNITÉS</b>	<b>LES MENACES</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'appartenance au réseau public de la santé et des services sociaux</li> <li>• Le développement de la recherche</li> <li>• L'activisme des familles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prédominance des normes externes</li> <li>• L'absence d'une culture de la mesure et de l'évaluation</li> <li>• L'incohérence des politiques ministérielles</li> <li>• Les caractéristiques des usagers</li> <li>• La sursollicitation des intervenants et des usagers</li> <li>• Les contraintes budgétaires</li> <li>• L'étendue territoriale</li> <li>• Les difficultés du benchmarking</li> <li>• Les technologies</li> <li>• L'incompréhension face à la spécialisation des services</li> <li>• Un manque quasi-total de la conscience des coûts</li> <li>• La culture DI</li> <li>• Une culture « établissement » plutôt qu'une culture « réseau »</li> </ul>

<sup>58</sup> La capacité d'offrir des services sans interruption dans la prise en charge de l'utilisateur et/ou dans la circulation de l'information.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le mandat de ce travail consistait à décrire la démarche d'implantation de l'amélioration continue de la qualité des services au CRDICA afin d'en tirer des leçons transférables à d'autres démarches. La description a fait l'objet du chapitre III. Le mandat comportait aussi la réalisation d'une analyse SWOT, présentée au chapitre IV. Celle-ci visait à mettre en lumière les forces et les opportunités qui sont de nature à favoriser la démarche d'implantation, ainsi que les faiblesses et les menaces qui sont de nature à l'entraver.

Compte tenu de ce que révèle la description de la démarche et l'analyse SWOT, je ne peux que féliciter l'établissement pour son engagement pour l'amélioration continue de la qualité des services et l'encourager à maintenir le cap. Les démarches de formalisation en cours (implantation du processus clinique, élaboration des programmes et des cadres de référence, développement de l'interdisciplinarité) sont notamment primordiales pour la qualité des services. Cependant, l'amélioration continue de la qualité nécessiterait que les acteurs portent attention à certains éléments et éventuellement, y apportent des correctifs. Aussi, mes recommandations sont de :

- Profiter du renouvellement du plan d'organisation et du plan stratégique pour renforcer une culture de la qualité des services, par davantage d'intégration et de structuration et le développement des normes et des standards de qualité à l'interne
- Développer une culture « réseau » et renforcer les partenariats afin de réduire les incohérences entre différents établissements et, éventuellement, entre différents ministères. De plus, étant donné qu'il y a plusieurs menaces à la réussite de la démarche provenant de l'environnement, le travail en réseau constitue une nécessité afin de trouver des solutions communes
- Développer une culture de la mesure et de l'évaluation des résultats, ainsi qu'une culture de la recherche et du transfert des connaissances, essentielles à la spécialisation des services
- Miser sur les technologies pour l'amélioration de la qualité des services et la réduction des coûts
- Travailler avec le réseau de la santé pour la mise en place des conventions collectives compatibles avec la mission de l'établissement
- Établir un plan de relève des ressources humaines qui inclut le transfert des connaissances tacites des employés plus expérimentés aux nouvelles recrues
- Mobiliser le personnel en misant sur l'engagement envers la clientèle et en accordant une écoute attentive à ses résistances légitimes envers la spécialisation des services (qui est, pour nombre d'entre eux, synonyme de perte de sens)
- Traduire les valeurs de l'établissement (bienveillance, équité et intégrité), ainsi que la philosophie (primauté de la personne et humanisation des services) en actions au quotidien de chacun des employés. Quand un usager change d'intervenant(e) trois ou quatre fois par année, avec tous les impacts que ce changement peut avoir sur sa vie, le décalage est grand entre les prétentions et la réalité.

## RÉFÉRENCES

Agence de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches (2005). Projet clinique en déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement.

Arsenault, M. (2008). Cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité. Québec, Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale.

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2007). Guide pour une gestion intégrée de la qualité. Disponible sur internet à l'adresse : [http://www.aerdpq.org/fichiers/publications/guide\\_gestion\\_integree\\_de\\_la\\_qualite\\_-\\_2010.pdf](http://www.aerdpq.org/fichiers/publications/guide_gestion_integree_de_la_qualite_-_2010.pdf)

Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux (2009). Guide de la gestion intégrée de la qualité, Montréal.

Côté L., Bélanger M., Granger R., Ladeux C. (2005). Évaluer pour s'améliorer : au cœur de la qualité des services, Montréal, Agence de services de santé et de services sociaux de Montréal, 12 p. Disponible à l'adresse internet : <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn2-89510-229-5vcorr.pdf>

CRDI Pavillon du Parc (2009). Cadre de gestion structurée et intégrée de la qualité. Disponible sur internet à l'adresse : <http://www.pavillonduparc.qc.ca/images/UserFiles/File/cadredegestionstructureetintgredelaqualit.pdf>

CRDICA (2008). Plan stratégique 2008-2011.

CRDICA (2009). Dix ans d'Histoire du Centre de réadaptation en DI Chaudière-Appalaches. 1999-2009. Disponible sur internet : [http://www.crdich-appalaches.org/documents/livre\\_web.pdf](http://www.crdich-appalaches.org/documents/livre_web.pdf)

CRDICA (2009). Plan d'organisation 2009-2012

Dr Joan Kahn (1987). Gestion de la qualité dans les établissements de santé. Montréal, Éditions Agence d'Arc.

Dubé, G., Neill, G. et Caris, P. (2009). Le rôle des enquêtes de satisfaction dans le dispositif d'évaluation de la qualité des services au Québec. In Santé, société et solidarité, N° 2.

FQCRDITED (2009). Standard relatif aux services spécialisés en contexte d'exercice des droits et de judiciarisation - volet droit civil adulte DI-TED - (document de travail).

François, P. et Rhéaume, J. (2001). Les systèmes de gestion des soins dans les hôpitaux du Québec. In Ruptures 8(1) : 6-25

Grenier R. (1998). « La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients », Journal de réadaptation médicale, Paris, Masson, 18 (3) : 87-90.

Grenier R., Rocheleau L. (2001). L'amélioration continue de la qualité des services pour et avec l'utilisateur : évaluation des attentes et de la satisfaction des usagers : sondage 2000, Rapport. Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec, 163 p.

Le Conseil québécois d'agrément (2009). Le système d'agrément. Pour une gestion intégrée de la qualité. Version 1, Disponible à l'adresse :  
<http://www.agrement-quebecois.ca/upload/agrement-quebecois/editor/asset/systeme.pdf>

Legris, Y. *Utilité d'un référentiel de la qualité qui soit cohérent avec la mission*. In La revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public, Vol. 14(3), 2009, article 10.

Ministère de la santé et des services sociaux (2008). Orientations 2007-2012 relatives aux standards d'accès, de continuité et de qualité du programme-services déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

Ministère de la santé et des services sociaux (2006). Les lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux. Disponibles sur internet à l'adresse :  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-603-01.pdf>

Nassera Touati, *La gestion de la qualité dans le secteur public : a-t-on fait le tour de la question ?* In La Revue de l'innovation dans le secteur public, Vol. 14(3), 2009

Pomey, M-P., Pierre, M. et Ghadi, V. (2009). *La participation des usagers à la gestion de la qualité des CSSS : un mirage ou une réalité ?* In La revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public, Vol. 14(2), 2009, article 8

Vignola É. (2004). La portée des résultats en mesure de la satisfaction de la clientèle, Québec, Réseau d'échange sur la mesure de la satisfaction de la clientèle, Centre d'expertise des grands organismes.

#### SITES INTERNET CONSULTÉS :

<http://www.ifdqs.org/site/>

<http://www.qualite.qc.ca/>

<http://www.qualiteonline.com>

<http://www.oecd.org/dataoecd/29/21/2754804.pdf>

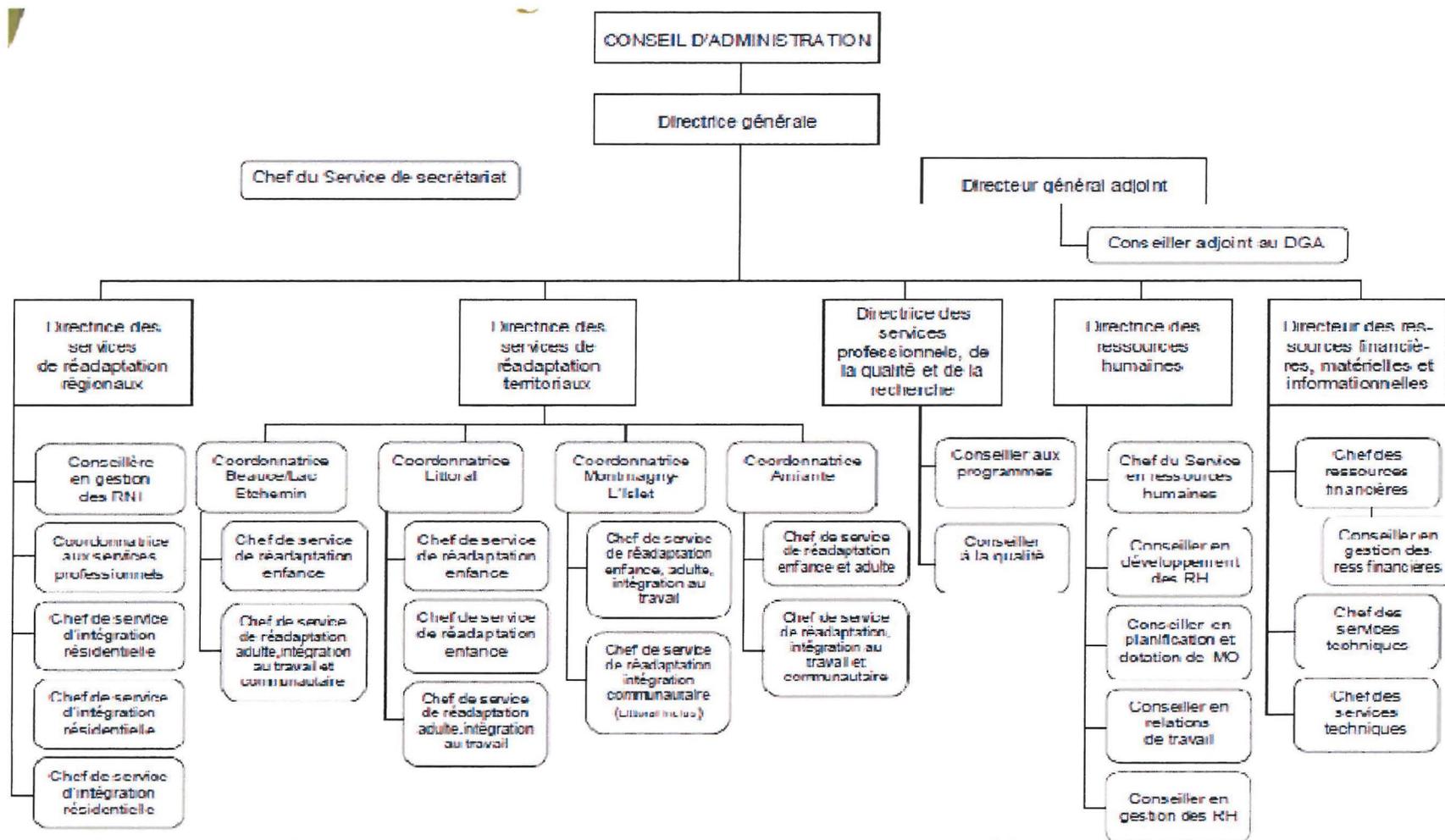
<http://www.techno-preneur.net/information-desk/sciencetech-magazine/2009/feb09/quality-management.pdf>

[http://merckel.org/article.php3?id\\_article=27](http://merckel.org/article.php3?id_article=27)

[http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too\\_swo\\_res\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too_swo_res_fr.pdf)

## ANNEXES

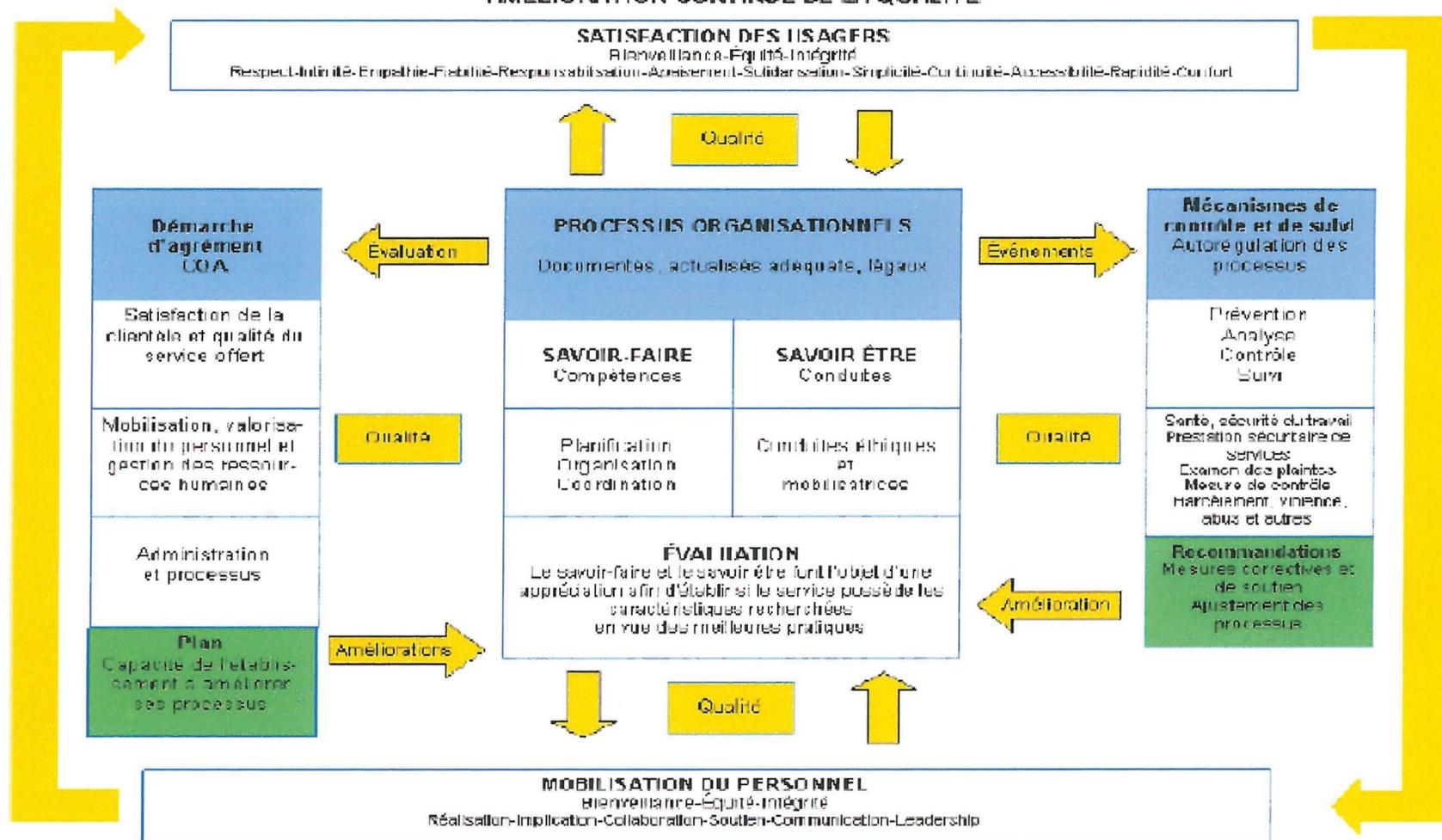
## Annexe 1 : ORGANIGRAMME DU CRDI - CHAUDIÈRE-APPALACHES<sup>59</sup>



<sup>59</sup> L'organigramme sera révisé en fonction du plan d'organisation en élaboration.

## Annexe 2 : Modèle d'amélioration de la qualité des services du CRDICA

### AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ



### Annexe 3 : Politiques et procédures du CRDICA portant sur la qualité des services (liste non-exhaustive)

Code	Titre	Entrée en vigueur <sup>60</sup>
<b>LES POLITIQUES</b>		
POL-02-001	Politique en matière d'intégrité en recherche et de traitement des cas de manquement à l'éthique et d'inconduite scientifique	2007.06.19
POL-02-003	Politique tolérance zéro (à l'égard de la négligence et des abus)	2007-02-13
POL-03-001	Politique d'orientation du CRDICA en matière d'usage du tabac	1999-12-13
POL-04-001	Politique de gestion du dossier de l'utilisateur	2001-04-19
POL-04-002	Politique concernant le plan de services individualisé et le plan d'intervention (régulier ou multidisciplinaire)	2001-04-19
POL-04-003	Politique concernant les ententes avec les partenaires	2002-03-21
POL-04-004	Politique sur la prévention et le contrôle des infections transmissibles par le sang ou autres liquides biologiques potentiellement infectieux	2003-05-14
POL-04-005	Politique sur l'accueil des stagiaires provenant de milieux d'enseignement	2003-10-29
POL-04-006	Politique «Accès aux services du CRDI Chaudière-Appalaches en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise»	2006-10-30
POL-04-007	Politique de recherche du CRDI Chaudière-Appalaches	2007-02-14
POL-04-008	Politique de soutien au développement de la recherche multicentrique (impliquant les centres de réadaptation en déficience intellectuelle de Chaudière-Appalaches, de Québec et le CSDI de la Mauricie - Centre du Québec)	2007-02-14
POL-04-009	Politique de tarification applicable pour les demandes de transmission des renseignements contenus au dossier	2008-02-12
POL-04-010	Utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle	2004-03-24
POL-04-011	Administration des médicaments et des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne par du personnel non professionnel	2009-09-21
POL-04-012	Gestion du centre de documentation	2010-09-07
POL-06-001	Reconnaissance du personnel	2009-06-02
POL-06-003	Politique «Congrès et colloques»	2004-09-13
POL-06-004	Politique de prévention et d'intervention en cas de harcèlement psychologique	2004-06-21
POL-06-008	Politique sur le développement des compétences	2008-04-22
POL-06-010	L'appréciation de la contribution du personnel	2008-11-18
POL-07-008	Politique de gestion des technologies reliées aux ressources informationnelles	2000-01-10
POL-07-009	Politique sur la sécurité des actifs informationnels	2002-08-28
<b>LES PROCÉDURES</b>		
PRO-03-001	Procédure concernant le suivi des incidents et accidents et la gestion des risques	2005-05-16
PRO-04-001	Procédure d'administration de la médication	2005-12-15
PRO-04-002	Procédure concernant l'administration de médicaments : insuline sous-cutanée par stylo injecteur ou seringue	2006-10-24
PRO-04-003	Procédure «Soin invasif d'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) – Dilatation de la stomie intestinale»	2007-03-26
PRO-04-004	Procédure lors d'une demande d'autorisation de communiquer	2007-11-20

<sup>60</sup> Il s'agit de la première date d'entrée en vigueur. Les politiques et les procédures sont ensuite révisées aux trois ans.

	des renseignements contenus au dossier d'un usager	
PRO-04-005	Procédure «administration de médicaments Épinéphrine (ÉpiPen) par auto-injecteur en situation d'urgence»	2008-05-20
PRO-04-007	Procédure sur l'accueil des stagiaires provenant des milieux d'enseignement	2008-03-25
PRO-04-008	Procédure d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques	2004-03-24
PRO-06-002	Procédure relative à une démarche individuelle de formation	2004-06-10
PRO-06-023	Appréciation de la contribution du personnel	2008-11-18
PRO-06-024	Développement des compétences	2008-11-18
PRO-07-03-002	Mesures en sécurité des actifs informationnels – Évaluation des risques et menaces (mesure 1.1)	2009-06-02
PRO-07-03-009	Mesures en sécurité des actifs informationnels – Gestion du matériel informatique (mesure 3.3)	2007-06-30
PRO-07-03-010	Mesures en sécurité des actifs informationnels – Gestion des antivirus informatiques (mesure 5.2)	2007-06-30
PRO-07-03-011	Mesures en sécurité des actifs informationnels – Sécurité des télécommunications (mesure 5.4)	2007-06-30
PRO-07-03-013	Mesures en sécurité des actifs informationnels – Copies de sauvegarde (mesure 7.2)	2007-06-30