STA
2536

Université du Québec
École nationale d'administration publique

DÉMARCHE D'IMPLANTATION ET D'INSTRUMENTATION D'UN MODÈLE DE LA GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ AU CENTRE DE RÉADAPTATION LISETTE-DUPRAS (CRLD)

RAPPORT DE STAGE

BIBLIOTHÈQUE
ENAP
UQAM

Présenté par

KALGORA, Bidjemna Nicolas

Pour l'obtention de la Maîtrise en Administration publique

Option Évaluation de Programme

Sous la direction de : Madame **Nassera Touati, Ph. D.**

Professeure agrégée

Campus : **Montréal**

Session : **Hiver 2010**

08 SEP 2010

À Nadège et à notre fille et notre fils Perline et Maxence : Merci à la chance de vous avoir et merci pour ce que vous êtes pour moi.

« ***Sans une implication forte de la direction, une démarche qualité aura beaucoup de mal à se mettre en place et aucune chance à perdurer*** » Dr Hervé Leclet, 1999

« ***Les spécialistes de la gestion de la qualité, (Deming-1982, Juran-1987, Feigenbaum-1956, Imai- 1989), ont vite compris que les correctifs à postériori n'étaient pas suffisants pour assurer l'efficience de l'organisation. Il fallait agir avant et non après la prestation du service. En somme, l'organisation devait se mettre en mode proactif et cesser de réagir aux situations après leur fait*** ». Bachir Mazouz et Jean Leclerc (2008).

Remerciements

Ce *Rapport de stage* qui met fin à notre formation à l'École nationale d'administration publique (ÉNAP) ne serait ce qu'il est sans le concours de plusieurs personnes à divers niveaux. C'est pourquoi nous tenons à dire sincèrement merci à toutes ces personnes dont la liste serait longue s'il fallait les nommer toutes ici. Toutefois, nous tenons à remercier particulièrement quelques-unes de ces nombreuses personnes qui, de près ou de loin, ont joué un rôle déterminant dans la réalisation du stage ainsi que du présent rapport. Nos reconnaissances vont en premier lieu à Madame Nassera Touati, qui malgré son calendrier chargé à l'ÉNAP et ailleurs, n'a ménagé aucun effort pour nous prodiguer des conseils utiles en vue de bien mener le stage et de bien rédiger le rapport. En second lieu, Madame Geneviève Boyer, elle aussi quoique très occupée par son travail comme Conseillère à la recherche par intérim à la Direction de la recherche et de l'enseignement (DRE) au CRLD, au CROM et CRDI-Gabrielle Major, s'est donnée corps et âme pour nous accompagner à tous les niveaux durant le stage en formation pratique. Merci particulier également à Madame Ginette Girard et Monsieur Jocelin Lecomte, respectivement Coordonnatrice de stage et Directeur de la recherche et de l'enseignement par intérim. C'est grâce à la première que nous sommes entrés en contact avec l'organisation et c'est elle qui a introduit notre demande de stage auprès des responsables de celle-ci. Merci au Directeur de la DRE qui nous a fait confiance à travers Madame Girard en acceptant notre demande de stage et du coup en nous introduisant ainsi au CRLD. Enfin merci également à tout le personnel de la DRE, notamment Madame France Desjardins, agente administrative et tous les autres que nous avons côtoyés durant le stage au 8000, Notre-Dame à Lachine.

Enfin un merci aux camarades avec lesquels nous avons cheminé à l'ÉNAP et partagé les connaissances, notamment dans les travaux en équipe durant les deux années d'étude.

Avant propos

Le plaisir que nous avons eu à réaliser, du 11 janvier au 30 avril 2010, le stage de formation au Centre de réadaptation Lisette-Dupras est le même qui nous conduit à présenter, dans les pages suivantes, le rapport du travail que nous avons fait à cette occasion. Grâce aux personnes que nous venons de remercier, nous avons pu faire un pas dans l'acquisition d'expérience professionnelle à travers un milieu de travail impressionnant. Nous n'espérions pas mieux que cette occasion pour confronter nos connaissances théoriques aux réalités du terrain comme le veut l'ÉNAP où nous sommes en formation depuis la session d'été 2008.

Les quinze semaines de stage qui au départ nous paraissaient longues, se sont très vite envolées à nos yeux, en nous laissant à notre soif de continuer à côtoyer les membres d'une équipe très dynamique de chercheurs, toujours ouverts à répondre à n'importe quelle question de curiosité de notre part.

Certes, le présent rapport n'a pas la prétention d'être parfait, la perfection n'étant pas de ce monde, néanmoins, nous avons essayé de répondre au mieux au mandat du stage. Toutefois, nous espérons que les suggestions qui se dégagent, inspirées de nos différentes rencontres lors des entretiens ainsi que de nos lectures, aideront l'établissement à atteindre ses objectifs, celui de l'amélioration de la qualité des services au sein de l'établissement pour la satisfaction des usagers ainsi que des partenaires. C'est pourquoi nous nous réjouissons par en fin d'avoir été utile en même- temps qu'en apprenant.

TABLE DES MATIÈRES

Dédicace.....2

Remerciements.....4

Avant propos.....5

Table des matières.....6

Liste des sigles.....12

Introduction.....13

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....16

CHAPITRE 1 : L'ORGANISATION ET LE MANDAT.....17

1.1- L'organisation.....17

1.1.1- Le Centre de réadaptation Lisette-Dupras.....17

1.1.2- La Mission.....19

1.1.3- Les valeurs.....19

1.1.4- La philosophie de gestion.....20

1.1.5- Les principes directeurs.....20

1.1.6- Les services offerts par le CRLD.....21

1.1.7- La Direction la recherche et de l'enseignement (DRE).....23

1.2- Le mandat et son contexte.....24

1.2.1- Le contexte du mandat.....24

1.2.2- Le mandat.....24

1.3- Un contexte de changement organisationnel.....25

CHAPITRE2 : LA RECENSION DES ÉCRITS ET LE CADRE D'ADANALYSE.....27

2.1- La recension des écrits.....28

2.1.1- Bref historique de la GQ.....28

2.1.2- La gestion de la qualité et ses principes.....29

2.1.2.1- La notion de la GQ en général..... 29

2.1.2.1.1- La définition de la qualité en général.....30

2.1.2.1.2- Définition de la GQ en général.....30

2.1.2.2- Les principes de la qualité.....31

2.1.2.2.1- L'orientation client.....31

2.1.2.2.2- Le principe de leadership.....32

2.1.2.2.3- L'implication du personnel.....32

2.1.2.2.4- L'approche de processus.....33

2.1.2.2.5- Le Management par approche de système.....33

2.1.2.2.6- L'amélioration continue.....34

2.1.2.2.7- L'approche factuelle pour la prise de décision.....34

2.1..2.2.8- Les relations avec les fournisseurs réciproquement bénéfiques.....34

2.1.3- Quelques concepts clés de la GQ.....35

2.1.3.1- Audit qualité.....35

2.1.3.2- Démarche qualité.....35

2.1.3.3- Manuel qualité.....35

2.1.3.4- Objectif qualité.....35

2.1.3.5- Politique qualité.....35

2.1.3.6- Système qualité.....35

2.1.4- L'émergence de la qualité dans le secteur public.....35

2.1.4.1- Des contraintes pesant sur la GQ publique.....36

2.1.4.2- Lien qualité-performance : le modèle Bachir Mazouz et Jean Leclerc (2008).....39

2.1.5- La notion de la gestion de la qualité dans le secteur de la SSS.....40

2.1.5.1- Les caractéristiques de la GQ dans le secteur de la SSS.....40

2.1.5.2- La définition et dimensions de la qualité dans le secteur de la SSS.....42
2.1.5.3- La définition de la gestion de la qualité en SSS.....47
2.1.6- Les perspectives de la qualité.....48
2.1.6.1- La qualité attendue.....48
2.1.6.2- La qualité voulue.....48
2.1.6.3- La qualité rendue.....48
2.1.6.4- La qualité perçue.....48
2.1.7- vers une gestion intégrée de la qualité : Le modèle de l'AQESSS.....51
2.1.7.1- Le contrôle de la qualité.....51
2.1.7.2- L'assurance de la qualité.....52
2.1.7.3- L'appréciation de la qualité.....52
2.1.7.4- La qualité totale.....52
2.1.7.5- L'amélioration de la qualité.....53
2.1.7.6- La gestion intégrée de la qualité.....53
2.1.8- La mesure de la qualité.....54
2.1.8.1- Les indicateurs et leurs caractéristiques.....56
2.1.8.1.1- Définition d'un indicateur.....56
2.1.8.1.2- Les caractéristiques d'un bon indicateur.....56
2.1.8.2- Les études du système qualité.....58
2.1.9- Le défi de la qualité en SSS.....58
2.2- Cadre d'analyse.....59
2.2.1- Les dimensions de la qualité retenues pour l'analyse des résultats.....60
2.2.2- Les activités de la qualité.....60
2.2.3- La mesure de la qualité.....61

CHAPITRE 3 : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....62

3.1- L'approche méthodologique : L'approche monographique.....63

3.2-La méthode de collecte de données.....63

3.2.1- Les sources de données.....63

3.2.1.1- Les entretiens semi-dirigés.....63

3.2.1.2- Le focus-groupe.....63

3.2.1.3- L'analyse documentaire.....64

3.2.1.4- L'observation directe et les discussions informelles.....64

3.2.2- Les instruments de l'étude.....64

3.2.1.1- La grille d'analyse.....64

3.2.1.2- Le benchmarking.....65

3.3- La méthode d'analyse de données..... .66

3.4- Considération éthique.....66

3.5- Quelques difficultés rencontrées.....67

DEUXIÈME PARTIE : CADRE PRATIQUE : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....68

CHAPITRE 1 : ANALYSE DES RÉSULTATS.....69

1.1.- Compréhension de la qualité au CRLD.....69

1.2- Bilan des activités au CRLD.....71

1.2.1 Qualité attendue.....71

1.2.1.1- Projet clinique.....72

1.2.1.2- Rapports et études..... 71

1.2.2- Qualité voulue.....72

1.2.2.1- Orientations stratégiques du code d'éthique.....72

1.2.2.2.- La sécurité des actifs informationnels.....73

1.2.3- Qualité perçue.....73

1.2.3.1- La gestion des plaintes et des insatisfactions.....73

1.2.3.2- L'appréciation de la satisfaction des clients et des partenaires.....74

1.2.3.3- L'évaluation de la mobilisation des employés.....74

1.2.4 Qualité rendue.....75

1.2.4.1- La gestion des risques.....75

1.2.4.2- La prévention des infections.....76

1.2.4.3- Les démarches d'agrément et d'accréditation.....76

1.2.4.2- L'évaluation des activités cliniques et des pratiques professionnelles.....77

1.2.5- Les attentes par rapport à l'intégration de la démarche.....78

1.2.5.1- Les avantages.....79

1.2.5.2- Les obstacles potentiels.....79

1.3- La mesure de la qualité.....81

1.3.1- Les indicateurs de structure.....82

1.3.2- Les indicateurs de processus.....82

1.3.3- Les indicateurs de résultats.....83

CHAPITRE 2 : RECOMMANDATIONS.....85

2.1- Le guide d'instrumentation de la démarche.....85

2.1.1- La structure du processus/procédure.....85

2.1.2- La structure de pilotage.....85

2.1.3- La structure opérationnelle de coordination.....86

2.1.4- Le groupe de projet.....87

2.2- Les étapes de la démarche : le cycle d'amélioration continue.....88

2.2.1- La planification.....88

2. 2.2- L'expérimentation.....91

2.2.3- La mesure.....92

2.2.4- L'ajustement.....92

2.3- Quelques facteurs de réussite..... 93

2.3.1- L'investissement dans une culture de la qualité.....93

2.3.2- La culture de la qualité.....94

2.3.3- Les stratégies et les actions pour développer une culture de la qualité.....95

2.3.4- La dimension sécurité de la culture de la qualité.....98

2.3.5- Une gouvernance optimale et un leadership mobilisateur.....100

2.3.5.1- La gouvernance.....100

2.3.5.2- Les fonctions de la gouvernance.....100

2.3.5.3- Le partage des responsabilités entre les acteurs de la gouvernance.....102

2.3.6- Le leadership..... 104

2.3.7- Les ressources nécessaires.....104

2.3.7.1- Les ressources humaines.....104

2.3.7.2- Les ressources informationnelles.....105

2.3.7.3- Les données probantes de nature clinique ou administratives et les nouveaux savoirs qui découlent de la recherche et de l'expérience.....106

2.3.7.3- Les données sur la clientèle, la population, les activités et les pratiques de l'organisation.....106

2.3.7.4- Les indicateurs.....106

2.3.7.5- Les référentiels.....106

2.3.8- Des méthodes et des outils d'innovation.....107

Conclusion générale.....108

Références bibliographiques.....110

Annexes.....114

LISTE DES SIGLES

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

AHQ : Association des hôpitaux du Québec

AQESSS : Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux.

CCASS : Conseil canadien d'agrément des services de santé

CRDI-GM : Centre de réadaptation Gabrielle-Major

CRLD : Centre de réadaptation Lisette-Dupras

CROM : Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

CQA : Conseil québécois d'agrément

DRE : Direction de la recherche et de l'enseignement

DSPQ : Direction des services professionnels et de la qualité

GIQ : Gestion intégrée de la qualité

GQ : Gestion de la qualité

ISO : Organisation internationale de normalisation (International organization for standardization)

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

MQQ : Mouvement québécois de la qualité

Introduction

Tout organisme, qu'il soit public ou privé, ne cesse de se questionner sur sa façon de gérer ses services dans le but de mieux répondre aux besoins de ses clients, qu'ils soient internes ou externes à celui-ci. Ce souci d'améliorer la qualité des services est de plus en plus indispensable dans un monde en perpétuelle transformation dans tous les secteurs de la vie humaine. C'est pourquoi les gouvernements, à travers leurs différents ministères, veillent à ce que tous les organismes publics ne ménagent aucun effort pour rendre de meilleurs services aux citoyens.

Au Québec, à l'instar des autres ministères, celui de la santé et des services sociaux s'est doté des structures avec des missions précises qui concourent toutes aux mieux-être des populations de la province. Au sein de ce réseau, se trouvent les hôpitaux, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement et de soins de longues durées (CHSLD), les centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), etc., qui ont chacun une mission particulière et qui travaillent tous pour répondre aux besoins des personnes «nécessitant des soins et de l'aide» (AQESSS 2009, p.79). La mission des centres de réadaptation est d'aider les personnes présentant un handicap physique ou une déficience intellectuelle à retrouver la joie de vivre, de se sentir pleinement humaines et utiles à la société, les CRDI étant distincts des centres de réadaptation en déficience physique. Les responsables et les personnels de ces centres font ce qu'ils peuvent pour accomplir cette mission générale. Comment y parvenir? D'où le besoin d'un mécanisme de gestion de la qualité.

Dans ce sens, le Centre de réadaptation Lisette-Dupras (CRLD) se soucie de mener ses différents services de façon impeccable. En effet, dans un rapport rédigé en 2005 relatif au sondage de satisfaction des usagers du centre (Jean-Pierre Portelance, 2005), il a été révélé, certes, un niveau élevé de satisfaction des usagers, des familles ainsi que des représentants. Mais le rapport précisait que ces résultats devaient être inscrits dans une démarche, à moyen terme,

d'amélioration continue de la qualité des services offerts aux personnes dans le but d'atteindre les objectifs attendus de l'entente d'imputabilité entre l'Agence de développement de Montréal et l'établissement. L'auteur du rapport précisait des pistes en vue d'améliorer la qualité de services eu égard aux questions représentant une fréquence de réponses qui marquent de l'insatisfaction ou de celles qui marquent un sentiment de satisfaction pouvant évoluer. Le conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) encourage l'Établissement dans ce sens d'amélioration des services pour une meilleure atteinte des résultats comme en témoigne l'Agrément que cet organisme indépendant sans but lucratif lui a attribué en 2007 et les visites qu'il effectue souvent. Pour ce faire, l'Établissement s'est inspiré d'un modèle de gestion intégrée de la qualité élaboré en 2009 par l'association québécoise des établissements de santé et des services sociaux (AQESSS) pour se doter d'un modèle qui permette à ses gestionnaires d'améliorer la qualité de leurs services. Le modèle de l'AQESSS intitulé « *Guide de la gestion intégrée de la qualité* » met en lumière les fondements de la gestion intégrée de la qualité, définit les concepts inhérents à cette philosophie de gestion et énonce quatre conditions de réussite dans ce domaine. En outre, il propose un programme complet de gestion intégrée de la qualité tout en répondant à bien des questions auxquelles l'on pourrait se confronter en matière de la qualité (AQESSS, 2009).

Mais comment intégrer ce modèle au niveau de chacune des directions du CRLD? Telle est la question qui a suscité la réalisation du mandat du stage.

Ce rapport comprend deux grandes parties. Dans la première partie, avant de rappeler le mandat du stage et son contexte, nous avons jugé utile de présenter l'établissement, c'est-à-dire le Centre de réadaptation Lisette-Dupras, ainsi que la Direction de la recherche et de l'enseignement (DRE) où nous avons réalisé le stage. À cet égard, l'accent a été mis notamment sur la mission qui détermine la raison d'être du CRLD; son mandat; sa philosophie de gestion et ses principes. En

outre, à la suite d'une recension des écrits sur la qualité et la qualité des services, nous avons présenté un cadre conceptuel et d'analyse sur lequel nous avons appuyé notre interprétation des résultats. La première partie se termine par l'approche méthodologique de l'intervention. La deuxième partie du rapport comprend deux chapitres dont le premier est consacrée à l'analyse des résultats de l'étude. Le second chapitre, le dernier du rapport, est constitué d'une série de recommandations dont une proposition d'une démarche qualité eu égard aux données recueillies lors des entretiens et surtout à la lumière des documents qui nous ont servi de matériel de travail. Outre la proposition de la démarche, se trouvent aussi entre autre, un certain nombre de facteurs pouvant aider à la réussite de la démarche d'implantation de la GIT au CRLD.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

Cette première partie comprend trois chapitres. Dans le premier chapitre, nous présentons les grands traits caractéristiques de l'organisme et le mandat, le deuxième chapitre est consacré à la recension des écrits et au cadre d'analyse tandis que le troisième chapitre présente notre approche méthodologique.

CHAPITRE 1 : L'ORGANISATION ET LE MANDAT

1.1- L'organisation

1.1.1- Le Centre de réadaptation Lisette-Dupras (CRLD)

Le CRLD est le fruit de la fusion de deux établissements. Il s'agit des centres d'accueil Jean-Olivier Chénier et La Spirale dont la fusion a été réalisée en 1992 après l'unification des conseils d'administration de ces établissements publics qui offraient des services complémentaires aux personnes présentant une déficience intellectuelle.

Le centre d'accueil Jean-Olivier Chénier, fondé en 1979, avait pour mandat de réintégrer à la communauté de nombreux clients de l'Institut Anbar, un établissement privé à but non lucratif et à vocation résidentielle dont il avait pris la relève à titre public en 1978. Il avait également pour mandat d'offrir des services de réadaptation, d'aide éducative à domicile et des services

résidentiels à la population déficiente intellectuelle qui résidait sur le territoire Centre et Sud-ouest de Montréal.

Pour sa part, le Centre d'accueil La Spirale, fondé en 1980, était un établissement issu des ateliers Unis de Montréal et une corporation privée à but non lucratif. Cette corporation avait longtemps fonctionné, sans subvention gouvernementale grâce à la volonté, à l'initiative et à la créativité de parents, de gens d'affaires et de professionnels dont le mandat consistait à assurer des services socioprofessionnels à des personnes adultes présentant des handicaps multiples et résidant dans leur famille ou autrement dans la communauté.

Leur intégration officielle a eu lieu en 1994. Les programmes que les deux établissements étaient appelés à dispenser n'avaient pas d'empiètement de juridiction entre eux. Par contre, la spécificité de leurs mandants respectifs commandait une complémentarité nécessaire afin de satisfaire harmonieusement les besoins de leurs usagers. Leur support mutuel est devenu naturel et a permis à l'un de supporter les initiatives de désinstitutionalisation de l'autre en dispensant des programmes de jour à ses usagers. Ce support mutuel a favorisé le développement et la diversification des programmes du premier. La collaboration pendant une dizaine d'années au service d'une clientèle commune leur a permis de tisser des liens solides au point de les amener à envisager de formaliser davantage leur complémentarité. La réforme des services de santé et des services sociaux, en les plaçant sous la juridiction d'un même conseil d'administration et d'un même directeur général, a notamment procuré aux deux corporations l'occasion d'harmoniser leurs efforts. Cette réforme leur a également permis de préparer l'unification de leurs structures durant une période transitoire avant de procéder à leur intégration complète et définitive pour devenir le Centre de réadaptation Lisette-Dupras. (Source, CRLD, *Guide d'infromation*)

1.1.2-La mission du CRLD

En tant que centre de réadaptation, la mission du CRLD rejoint celle de tous les centres de réadaptation du Québec dont la mission se réfère à la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Cette loi (L.R.Q., C.S-4.2) définit le centre de réadaptation en déficience intellectuelle comme *un établissement qui offre des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leur déficience intellectuelle et/ou de leur trouble envahissant de développement, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.*

En outre, l'établissement reçoit, sur référence du Centre local de services communautaires (CLSC), les personnes présentant une déficience intellectuelle et/ou un trouble envahissant de développement. Leurs besoins sont évalués et un plan d'intervention est défini afin que les services requis leur soient offerts à l'intérieur des installations du centre, dans leur milieu de vie (école, travail ou domicile). L'établissement veille par ailleurs à la sécurité et à la réalisation des interventions répondant aux besoins des usagers dans les différents types de résidences et de centres de jour mis en place pour la clientèle. Selon le plan d'intervention établi, des services socioprofessionnels tels que des consultations avec un psychologue, un psycho-éducateur, un orthophoniste ou un ergothérapeute par exemple, sont également offerts à la clientèle afin de leur venir en aide. (Source : CRLD, *Guide d'information*)

1.1.3- Les valeurs au CRLD

La mission mentionnée plus haut repose sur l'engagement constant du personnel de l'organisme dans la mise en œuvre de ses compétences et dans l'utilisation de toutes les ressources du territoire du Centre-Sud de l'île de Montréal. L'établissement vise à offrir des services conformes aux besoins des usagers dans le respect de leurs droits et de leur spécificité, pour leur bonheur et leur épanouissement.

Enfin, au-delà du personnel, la famille est un intervenant privilégié pour la personne présentant une déficience intellectuelle. La communauté est quant à elle un partenaire très important dans la démarche d'intégration sociale de la clientèle afin d'offrir ainsi une qualité de vie aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. (Source : CRLD, *Guide d'information*)

1.1.4-La philosophie de gestion

Elle repose sur la décentralisation et la délégation qui permettent aux employés d'agir à l'intérieur de leurs mandats et des orientations clairement définies sans devoir continuellement référer à l'autorité supérieure. La philosophie de gestion du CRLD repose également sur la responsabilisation du personnel et son corollaire, l'imputabilité, la participation ainsi que le travail d'équipe. (Source : CRLD, *Guide d'information*)

1.1.5- Les principes directeurs

Afin de permettre à l'organisation d'atteindre ses objectifs, toutes les activités développées et les structures mises en place s'appuient sur trois principes qui sont :

- **L'orientation des services vers le client, cœur même des décisions administratives et cliniques :** La personne recevant des services est considérée dans toute son entité et du coup, toute action entreprise à son égard doit tenir compte de ce postulat;

- **La gestion intégrée des services à la clientèle, qu'ils soient résidentiels, sociaux, professionnels ou récréatifs :** La distribution des services doit se matérialiser dans un cadre de gestion intégré harmonisé avec les ressources disponibles et accessibles dans l'environnement. L'établissement doit rechercher la meilleure organisation possible des activités de façon à faciliter la coordination de la réponse aux besoins de la clientèle et un fonctionnement optimal en équipe.

- **L'efficacité dans l'action :** Toute action entreprise à des fins d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale doit rechercher l'efficacité comme finalité et s'inscrire dans une démarche appropriée à la personne en service, en respectant son intégrité. Toute intervention doit au moins poursuivre l'objectif minimal d'améliorer la condition de la personne recevant des services. (Source : CRLD, *Guide d'information*)

1.1.6- Les services offerts par le CRLD

La clientèle-cible du CRLD comprend des enfants, des adultes et des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle (DI) et/ou un trouble envahissant du développement (TED). Cette clientèle peut également présenter des besoins particuliers liés à des conditions spécifiques liées à des problèmes de santé mentale et/ou de santé physique; à des problèmes de mésadaptation sociale; vieillissement; à un polyhandicap; à des troubles graves ou non du comportement et à des difficultés d'adaptation, des problèmes de judiciarisation, de toxicomanie et d'itinérance.

Pour répondre aux besoins de cette clientèle ainsi diversifiée, le CRLD dispose de trois secteurs de services.

Le premier secteur est le programme résidentiel. Il comprend sept (7) types de résidences à savoir :

- **L'appartement autonome et l'appartement partagé** : Des services d'adaptation sont offerts à une ou deux personnes ou à un couple, vivant dans un appartement loué et pour lequel ils ont habituellement signé un bail. Les services qui leur sont offerts visent une intégration complète à la vie communautaire. Les besoins de ces services sont occasionnels et touchent le plus souvent, la gestion financière et la planification des repas équilibrés.
- **Appartement regroupé ou ilot d'appartements** : Plusieurs appartements d'un même édifice ou d'une même rue abritent des clients recevant des services d'adaptation ainsi que des services

d'encadrement résidentiel sur place. Leurs besoins exigent une présence quotidienne pour assurer une qualité de vie adéquate et la sécurité des personnes.

- **Chambre et pension** : Désigne une chambre louée par un individu dans une maison. Celui-ci se charge des repas et de la buanderie tandis que le CRLD lui offre des services de soutien et d'adaptation selon ses besoins.

- **Résidence autonome** : C'est une maison ou un appartement où quatre (4) personnes louent ensemble et signent un bail conjointement. Chacune de ses personnes a une chambre individuelle et le CRLD leur offre des services de soutien, d'adaptation et d'encadrement résidentiel pour la préparation des repas ainsi que l'organisation des activités de la vie quotidienne. C'est un type de ressource qui est utilisé en vue de favoriser la transition vers la vie en appartement.

- **La résidence communautaire** : Maison où six (6) à huit (8) personnes vivent en assumant ensemble les frais divers (loyers, chauffage, nourriture etc.). Le centre de réadaptation leur offre des services d'adaptation de même que des services d'encadrement résidentiel constant.

- **Résidence d'accueil (adulte) et famille d'accueil (enfance) :** Ces résidences sont des familles accréditées par les services sociaux qui accueillent une (1) à neuf (9) personnes. Chacune de ces familles fonctionne selon un mode qui lui est propre et le client y est orienté en fonction de sa capacité à s'adapter à la dynamique familiale existante. Le CRLD offre à ce type de clients des services d'adaptation.

- **Les ressources intermédiaires (RI):** C'est un milieu de vie adapté aux besoins individuels d'une (1) à quatre (4) personnes qui y vivent. La ressource intermédiaire (RI) est une personne physique ou morale, rattachée à un établissement au CRLD par un contrat. Elle est propriétaire ou locataire des lieux et fournit le gîte. Elle fournit également un ou plusieurs services de soutien et d'assistance pour maintenir ou intégrer les personnes dans la communauté.

Le deuxième programme, celui d'adaptation, de réadaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches regroupe pour sa part des activités de soutien aux usagers, à leurs proches ainsi qu'à leurs différents milieux d'intégration tels que scolaire, communautaire, milieu de vie et de travail. Les activités réalisées à cet égard visent à supporter le développement de l'autonomie des usagers, leur adaptation ainsi que leur intégration totale dans la société. Pour cela, les services sont dispensés dans le milieu de vie naturel ou substitut des usagers ainsi que dans leurs différents milieux d'intégration.

Enfin, le troisième et dernier programme est dénommé programme socio- professionnel. Il comprend les centre d'activités de jour (dont les activités visent des objectifs d'adaptation et de réadaptation prévus aux plans d'intervention des usagers); les ateliers de travail (qui regroupe des activités d'apprentissage aux habitudes de travail visant à initier l'usager à l'exécution d'un travail); le support aux stages en lieu de travail (qui regroupe des activités visant à encadrer l'usager dans l'exécution d'un travail) et enfin l'intégration à l'emploi (qui recouvre des activités visant à encadrer l'usager à exécuter un travail conduisant à la production de biens ou de services). (Source, CRLD, *Les services à la clientèle*)

1.1.7- La Direction de la recherche et l'enseignement-DRE

Le stage a eu lieu à la Direction de la recherche et l'enseignement, dont l'existence a pris fin le 31 mars 2010. Cette direction avait vu le jour en mars 2007. Avant cette date, il existait une équipe de recherche associée au milieu universitaire mise en place par les conseils d'administration du CRLD et du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM). Outre ces deux établissements, la DRE desservait également le CRDI Gabrielle-Major et assurait le développement et la gestion de trois secteurs d'activités : d'abord la recherche, ensuite l'enseignement et le développement universitaire et enfin le transfert des connaissances.

1.2- Le Mandat et son contexte

1.2.1- Le contexte du mandat

À l'instar de tout organisme, qu'il soit public ou privé, le CRLD veut offrir des services de meilleure qualité. C'est pourquoi il s'est engagé dans une démarche d'agrément en 2007 et désire agir avec plus de rigueur dans l'évaluation des résultats comme le lui a recommandé d'ailleurs le Conseil canadien d'agrément. Ce dernier a effectué cette année là (en 2007) une visite dans les différents secteurs de l'établissement pour s'assurer de la mise en place des structures visant à atteindre les résultats satisfaisants établis par l'équipe. C'est pourquoi le centre a jugé bon d'implanter le modèle de gestion intégrée de la qualité élaboré par l'AQESSS. L'établissement espère que ce modèle, une fois implanté, aidera les gestionnaires à être plus performants et plus efficaces dans l'exercice de leur fonction, notamment dans le suivi et le contrôle de leur gestion. Pour y arriver, il importe de suivre une démarche appropriée qui rejoint toutes les directions de l'établissement. C'est la réalisation de cette démarche d'implantation du modèle mentionnée plus haut qui a suscité le mandat du stage que nous avons réalisé.

1.2.2-Le mandat

Le mandat du stage visait à proposer un(e) processus/procédure permettant d'implanter un modèle de gestion intégrée de la qualité retenu, soit celui de l'Association québécoise de la qualité pour les établissements en santé et services sociaux (AQESSS). Ce processus/procédure devra s'appliquer à l'ensemble de l'établissement ainsi qu'à chacune de ses directions. Pour ce faire, nous devrions donc :

- Mettre en évidence quelques définitions de la qualité pour l'organisation;
- Faire une recension des activités de gestion de la qualité au sein de l'organisation et établir un diagnostic;

- Définir une cible en matière de gestion de la qualité, en définissant les responsabilités de chacun;

- Outiller la gestion de la qualité en proposant d'une part, une démarche d'implantation du modèle de gestion intégrée de la qualité, et d'autre part, une stratégie pour développer des indicateurs de mesure de la qualité.

1.2.3- Un contexte de changement organisationnel

Le CRLD a travaillé pendant une dizaine d'années, jusqu'à fin mars 2010, en étroite collaboration avec le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM). La mise en commun de ressources administratives de ces deux établissements visait entre autres à uniformiser les procédures et à disposer de plus de ressources spécialisées pour répondre aux besoins de la clientèle. À cet effet, ces deux établissements disposaient d'une même direction générale. Les directions des ressources humaines, de la recherche et de l'enseignement, des services professionnels ainsi que des services financiers et techniques répondaient aux besoins des deux centres de réadaptation. Toutefois, chacun des établissements avait ses propres directions des services à la clientèle.

Mais depuis le 1er avril dernier, chacun des deux centres de réadaptation dispose de sa propre direction générale et de sa propre structure organisationnelle. Ce changement organisationnel est marqué par l'adoption en conseil d'administration d'une nouvelle structure organisationnelle autonome par chaque établissement.

Selon le conseil d'administration et la direction générale du CRLD, la nouvelle structure administrative (voir annexe 1) est basée sur l'offre de services spécialisés avec pour objectif de réduire les paliers hiérarchiques, d'améliorer la communication et de rapprocher la prise de décision de l'action. En outre, elle est en lien avec les orientations relatives à la planification stratégique en cours tout en s'inscrivant dans la démarche de décentralisation, de

responsabilisation, d'imputabilité, et d'approche par gestion de projets. Parmi les changements intervenus au CRLD, on note la création d'un poste à direction générale relatif à l'agrément et à la gestion de la qualité et la transformation de la DRE en un volet de la direction des services professionnels et de la qualité (DSPQ).

Il faut souligner qu'un tel changement ne pouvait ne pas influencer le stage et son mandat. Avant d'y revenir plus en détails dans la rubrique consacrée aux difficultés rencontrées dans le troisième chapitre, notons ici tout simplement que le changement a remis en cause le mandat- même du stage car la démarche de la qualité n'était plus une priorité.

Conclusion

Ce premier chapitre nous a permis de connaître le CRLD et les changements en cours en son sein. Dans le prochain chapitre, nous allons faire un tour d'horizon de quelques écrits sur la gestion de la qualité avant de présenter le cadre d'analyse des résultats.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE D'ANALYSE

La littérature sur la gestion de la qualité (GQ) est très abondante et très diversifiée selon les approches. Ce chapitre comprend deux parties. La première sera consacrée à quelques écrits sélectionnés pour le compte de la présente étude. À cet effet, à la suite du rappel historique de la gestion générale de la qualité, il sera abordé la notion la GQ en général ainsi que ses principes. Par la suite, un article de Madame Nassera Touati sur la gestion de la qualité dans le secteur public et le modèle Mazouz-Leclerc sur le lien qualité performance nous aideront à analyser l'émergence de la gestion de la qualité dans ce secteur. Étant donné que le cas de l'étude, le CRLD, fait partie du réseau de la santé et des services sociaux, nous tenterons de souligner dans ce chapitre la particularité de la gestion de la qualité dans ce réseau. Dans la deuxième partie du chapitre, il sera question du cadre d'analyse de notre étude. Celui-ci s'articule autour de trois points. Le premier présente les différentes dimensions de la qualité ressorties dans les entrevues, autrement dit, la compréhension de la qualité au CRLD; le deuxième les différentes activités selon les quatre perspectives de la qualité et le dernier point traitera de l'effort de mesure de la

qualité selon la triade de Donabedian : les structures, les processus et les résultats. À propos de ce dernier point, les résultats du brenchmarking nous aideront à illustrer la mesure de la qualité.

2.1- La recension des écrits

2.1.1- Bref historique de la GQ

La notion de la GQ est aussi vieille que l'humanité. En effet, comme le rappelle le Mouvement québécois de la qualité[1], de tous les temps, l'homme a toujours cherché à améliorer ses façons de faire et ses méthodes de production. Il faudra attendre la fin du XIXe siècle pour voir apparaître les premières notions d'organisation de travail qui mèneront un jour à l'amélioration de la qualité, qui devient dès cette époque, «une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle » (ANAES, 2002). Aussi fallait-il définir son premier objectif, qui était «la conformité des produits livrés » avant de s'orienter plus tard vers « la satisfaction des clients » (ANAES, 2002). Chemin faisant, les techniques ainsi que les approches utilisées pour atteindre cet objectif se sont transformées et enrichies. Les principales références pionnières restent les États-Unis et le Japon qui ont mis en place dans les années 50 deux stratégies distinctes reflétant des contextes historiques et culturels différents (ANAES, 2002). Les premiers ont cherché à étendre au secteur civil leurs normes de qualité de fabrication des matériels militaires de la Seconde Guerre mondiale. Dès lors, le contrôle devait porter sur les modes d'organisation des entreprises plutôt que directement sur les pièces fabriquées. En 1949, un vaste programme américain de formation va permettre à Deming et Juran d'initier des cycles d'enseignements aux démarches qualité. Plus tard en 1961, Philip Crosby conçoit au sein d'une entreprise spécialisée

[1] MQQ : http://www.qualite.qc.ca/centre-des-connaissances/historique-de-la-qualite, consulté le 15 février 2010

dans l'aérospatiale, la méthode «Zéro défaut», mettant l'accent sur la place de l'homme dans l'obtention de la qualité.

De son côté, à la même époque, le Japon fait face aux conséquences économiques de la guerre, destructrice de son industrie, et au défi de retrouver l'image de marque de ses produits. S'appuyant sur les théories de Deming, il crée à cet effet la *Japanese Union of Scientist and Engineers,* dans le but d'aider ses entreprises à se relever. L'année 1962 voit la création du cercle qualité à la Japan Telephone Corporation.

Il faut souligner que le contexte d'évolution de l'entreprise a été déterminant pour l'intégration de la démarche qualité dans les systèmes de pilotage. On peut citer comme exemple notamment les crises économiques, la concurrence liée au commerce international et l'élévation du niveau d'éducation et de qualification professionnelle.

Dans les années 70, la poursuite du développement des démarches qualité a consisté à intégrer cette dynamique d'amélioration comme une dimension centrale du management des entreprises. La prise en compte des attentes et de la satisfaction des clients, la recherche d'une valorisation économique de la démarche qualité deviennent un enjeu essentiel. La qualité constitue une des bases de la réussite des entreprises compétitives. D'où le concept de management par la qualité. La qualité s'est insérée en effet au cœur de la stratégie de l'entreprise, confrontée à une clientèle de plus en plus exigeante en termes de produits et services.

2.1.2- La GQ et ses principes

Parmi les cibles du travail d'un gestionnaire, on retrouve le contrôle de la qualité. Avant d'aborder ses principes, voyons ce que signifie le concept-même de la gestion de la qualité.

2.1.2.1.- La notion de la GQ en général

Avant de parler de la GQ, il nous semble important de définir d'abord la notion de la qualité.

2.1.2.1.1- La définition de la qualité en général

Pour *Le Petit Robert de la langue française*, qualité vient du latin qualitas, de qualis qui signifie «quel» pour traduire du grec Poiotês, de poios qui signifie également «quel». Le dictionnaire donne au moins six sens à la qualité dont le tout premier traduit la manière d'être en se référant à des dimensions telles que excellent, extrafin, super, superfin. Il l'oppose notamment à la quantité, au défaut et à l'imperfection.

La littérature sur la notion de la gestion de la qualité nous montre que la notion même de la qualité est souvent difficile à cerner. C'est pourquoi certains auteurs tentent de la définir en fonction de ses conditions.

Pour W.E. Deming (1981), la qualité est le degré prévisible d'uniformité et de fiabilité-sécurité au prix établi par le marché. L'auteur délimite les frontières de la notion de la qualité à partir du rapport coût et besoins du marché en désignant trois raisons qui expliquent l'échec de l'atteinte de la qualité. Il s'agit du manque de cohérence dans le propos, de l'importance accordée aux profits à court terme et la vision à court terme qui découle justement de la deuxième raison.

Philip Crosby (1984) fonde de son côté sa définition sur le concept de «zéro défaut». La qualité devient alors le résultat de l'adéquation entre le processus existant et le processus requis. Crosby parle de la nécessité d'avoir un modèle théorique de l'intervention sur lequel fonder le jugement porté sur la qualité. Pour lui, c'est la prévention, et non le contrôle qui est à l'origine de la qualité. Et la prévention dérive de la formation, de la discipline, de l'exemple, du leadership entre autres.

2.1.2.1.2- La définition de la GQ en général

Selon Crosby (op.cit.), la gestion de la qualité implique que le gestionnaire doit accomplir trois tâches : d'abord, déterminer les objectifs et les processus requis, ensuite fournir les moyens d'atteindre les objectifs et de mettre les processus en œuvre et enfin consacrer tout son temps à encourager et aider les employés à atteindre les objectifs de l'organisation et à mettre en œuvre

les processus requis. L'objectif à atteindre est le «zéro défaut», car, autrement, l'imperfection devient une habitude et il y a risque d'échec.

Joseph Juran (1992), propose quant à lui une approche classique de la gestion de la qualité, axée sur trois processus : la planification, le contrôle et l'amélioration de la qualité. Ces trois processus doivent se dérouler le plus près possible de la production des services, d'où l'importance de former les employés à l'autoévaluation. Le contrôle consiste alors à évaluer ou à observer le fonctionnement réel, à le comparer aux objectifs et à prendre les mesures nécessaires afin de corriger le tir (feed-back). Juran soutient la délégation du contrôle aux échelons les plus bas de l'organisation pour obliger le travailleur à s'autocontrôler. Celui-ci doit recevoir une formation lui permettant de collecter et d'analyser des données pour pouvoir prendre des décisions basées sur les faits.

En somme, la gestion de la qualité est « *l'ensemble des activités de la fonction 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*[3] ».

2.1.2.2- Les principes de la GQ

Les normes ISO 9000:2005 et ISO 9004 : 2000 attribuent huit principes à cette notion comme suit :

2.1.2.2.1- L'Orientation client

Selon ce premier principe, l'organisation dépend de ses clients. Ainsi, l'orientation vers le client permettra à l'organisation de cerner et de comprendre les besoins et les attentes des clients ; de s'assurer que les objectifs de l'organisation sont liés aux besoins et aux attentes clients. En outre,

[3] Qualité Online : http://www.qualiteonline.com/glossaire-G-369-def.html, consulté le 22 janvier 2010

cette orientation permettra également d'exposer les besoins et attentes dans toute l'organisation ; de gérer méthodiquement les relations avec les clients et d'assurer par ailleurs une approche équilibrée entre la satisfaction de la clientèle et les autres parties intéressées.

2.1.2.2.2- Le principe de leadership

Puisque ce sont les dirigeants qui établissent la finalité et les orientations de l'organisation, ceux-ci doivent donc créer et maintenir un environnement interne dans lequel les personnes peuvent pleinement s'impliquer dans la réalisation des objectifs de cette organisation. Ce principe a pour avantage de faire comprendre les objectifs de l'organisation aux gens et de les motiver dans la réalisation de ces objectifs. En outre, avec ce principe, les activités sont évaluées, alignées et mises en œuvre de façon unifiée et le manque de communication entre les différents acteurs de l'organisation sera minimisé. Par ailleurs, l'application de ce principe mènera notamment à l'établissement d'une vision claire de l'avenir de l'organisation ; à définir des objectifs et des cibles ; à créer et entretenir des valeurs communes, l'équité et le modèle éthique à tous les niveaux. L'application du principe conduira enfin à fournir au personnel les ressources nécessaires, la formation, la liberté d'agir avec responsabilité et imputabilité et à encourager avec reconnaissance les contributions de tout le personnel.

2.1.2.2.3- L'implication du personnel

Ce principe reconnaît que les personnes à tous les niveaux sont l'essence d'une organisation. Ainsi, leur pleine participation permet l'utilisation de leurs capacités en faveur de l'organisation, ce qui a pour avantage de motiver, d'impliquer et d'engager des gens en son sein. Ce principe aidera aussi à l'innovation et à la créativité en vue d'atteindre les objectifs de l'organisation, de rendre les gens plus responsables de leurs propres performances. Par ce principe, le personnel sera plus soucieux de participer et de contribuer à l'amélioration continue. En effet, en l'appliquant le personnel comprend l'importance de son implication et son rôle au sein de

l'organisation. En outre, le personnel débat ouvertement des problèmes et des questions concernant leur environnement de travail et partage librement leur savoir et leur expérience.

2.1.2.2.4- L'approche de processus

Le principe de l'approche de processus stipule qu'un résultat escompté est atteint de façon plus efficiente lorsque les ressources et les activités afférentes sont gérées comme un processus. Parmi les avantages de ce principe, nous pouvons citer la baisse des coûts des durées des cycles. Ces coûts sont réduits par l'utilisation efficace des ressources. Nous avons en outre l'amélioration et la cohérence des résultats.

Appliquer ce principe conduit généralement à la définition systémique des activités nécessaires pour obtenir un résultat souhaité ; la répartition des responsabilités et la reddition de compte de gestion des activités claires. Son application conduit également à l'identification des interfaces des activités clés ; à la focalisation sur les facteurs tels que les ressources, les méthodes et les matériaux qui aideront à l'amélioration des activités clés. Appliquer l'approche processus permet enfin l'évaluation des risques, des conséquences et des impacts des activités sur les clients, les fournisseurs et autres parties intéressées.

2.1.2.2.5- Le Management par approche de système

Pour ce principe, le fait d'identifier, de comprendre et de gérer des processus corrélés comme un système contribue à l'efficacité de l'organisation et l'efficacité de la réalisation de ses objectifs. Ces principaux avantages sont l'intégration et l'alignement des processus qui permettront de mieux atteindre les résultats souhaités et l'aptitude à focaliser les efforts sur les processus clés. L'application de ce principe suppose la structuration du système pour atteindre les objectifs de l'organisation de façon plus efficace et plus efficiente ; la compréhension des interdépendances entre les processus du système ; l'amélioration continue du système par la mesure et l'évaluation.

2.1.2.2.6- L'amélioration continue

Objectif permanent de l'organisation, le principe d'amélioration continue de la performance a un avantage correctionnel grâce à des capacités organisationnelles. En outre, il permet d'aligner les activités d'amélioration à tous les niveaux à l'intention stratégique de l'organisation et donne également la flexibilité nécessaire pour réagir rapidement aux opportunités. En général, appliquer le principe d'amélioration continue mène notamment à fournir au personnel une formation aux méthodes et outils d'amélioration continue ; à établir des buts et des mesures à suivre ainsi qu'à reconnaître et à prendre acte des améliorations au sein du système organisationnel.

2.1.2.2.7- L'approche factuelle pour la prise de décision

Avec le principe d'approche factuelle, les décisions efficaces se fondent sur l'analyse des données et des informations nécessaires et disponibles. Ce principe a l'avantage de permettre la prise de décisions éclairée; la capacité à démontrer l'efficacité des décisions antérieures par référence à des dossiers factuels et l'augmentation de la capacité d'examiner, de contester et de changer les opinions et décisions. Son application conduit à garantir que les données et les informations sont suffisamment précises et fiables et à rendre les données accessibles à ceux qui en ont besoin. Il conduit également à analyser les données et informations à l'aide de méthodes valides et enfin à prendre des décisions et actions fondées sur une analyse factuelle, équilibrée par l'expérience et l'intuition.

2.1.2.2.8- Les relations avec les fournisseurs mutuellement bénéfiques

D'après ce dernier principe, un organisme et ses fournisseurs sont indépendants et des relations mutuellement bénéfiques augmenteraient les capacités des deux organismes à créer de la valeur, ce qui va favoriser l'optimisation des coûts et des ressources ou la souplesse et la rapidité des réactions face à l'évolution du marché ou de besoin et attentes des clients. L'application du présent principe permet d'établir des relations qui équilibrent les gains à court terme et des

considérations à long terme. Il suppose également la mise en commun des compétences et des ressources avec les partenaires ; à identifier et choisir les fournisseurs clés. Il favorise enfin une communication claire et ouverte ; le partage de l'information et des plans d'avenir ainsi que l'affirmation du développement et des activités conjointes d'amélioration.

2.1.3- Quelques concepts clés de la GQ

2.1.3.1- Audit qualité : examen méthodologique et indépendant en vue de déterminer si les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs visés (ISO 1995).

2.1.3.2- Démarche qualité : Ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients (Leclet et al, 1999).

2.1.3.3.- Manuel qualité : image écrite de la politique qualité de l'établissement. Il décrit l'organisation mise en place pour respecter cette politique. En interne, c'est le document de référence pour le management de la qualité (ISO, 1995).

2.1.3.4- Objectif qualité : ce qui est recherché ou visé, relatif à la qualité. Un objectif doit être mesurable et comporter une date cible pour sa réalisation (ISO, 1995).

2.1.3.5- Politique qualité : elle est définie comme les orientations et objectifs généraux d'un organisme concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés par la direction (ISO, 1995)

2.1.3.6- Système qualité : Ensemble de l'organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité (IS) 1995).

2.1.4- L'émergence de la GQ dans le secteur public

De l'avis de certains auteurs, certaines caractéristiques propres aux organisations publiques ont pour conséquence de compliquer l'introduction et la mise en œuvre des programmes de la GQ.

Pour Redman et coll. (1995), plusieurs facteurs sont à l'origine de l'avènement populaire de la GQ dans les années 80 au sein des organisations publiques. Parmi ces facteurs, l'on peut citer

l'importance grandissante de la compétition entre les organisations, les pressions croissantes pour réduire les coûts et la tentative de répondre aux critiques adressées aux grandes bureaucraties publiques. Ce qui a favorisé le développement d'une rhétorique centrée sur le concept d'«orientation-client», même si ce discours ne correspondait pas à la réalité des divers programmes introduits dans les organisations publiques (dont la GQ) et que l'introduction de cette dernière approche s'effectua dans un contexte où elle fut imposée par l'environnement institutionnel (Redman et coll., 1995, Younis, Bailey et Davidson, 1996). Or, selon d'autres auteurs (Morgan et Murgatroyd, 1994, Redman et coll., 1995, Swiss, 1992), l'appartenance des organisations au secteur public comporte des conséquences qui obligent les acteurs internes à se démarquer de la version de la QG la plus répandue, que Swiss, (1992) qualifie de «Qualité totale orthodoxe» et qui est essentiellement constituée des principes tels qu'énoncés par Deming dans ses écrits (D. Lozeau, 1997).

2.1.4.1- Des contraintes pesant sur la GQ publique

De leur côté, Morgan et Murgatroyd (1994) tout comme d'autres auteurs, estiment qu'un des points qui constitue une difficulté majeure à la pratique de la GQ concerne non seulement la faiblesse des clients par rapport aux organisations publiques, mais aussi l'identification même de cette clientèle.

En outre, des chercheurs tels que Baker (1992), Radin et Coffee entre autres, se sont penchés sur les obstacles à la pratique de la GQ dans le secteur public. Baker (1992) a d'abord relevé la difficulté à mettre en application l'amélioration continue de la qualité en vue d'atteindre ou de surpasser les demandes du client, compte tenu de l'ampleur des contraintes de ressources et la demande infinie en services qui orientent les organisations publiques vers les objectifs de productivité, au point où cela ne peut qu'entrer en contradiction avec des objectifs de qualité des services. L'auteur mentionne également d'autres facteurs qui constituent autant d'obstacles

à l'introduction de la GQ dans les secteurs publics à savoir : la faible concurrence découlant de la position de monopole détenue par plusieurs de ses organisations et par le manque d'incitation au profit ; l'existence d'un système de responsabilité tourné vers les autorités politiques plutôt que vers l'usager ; la difficulté de quantifier la production de ces organisations ainsi que de juger les questions qui se rapportent à l'équité ; le manque de pertinence à promouvoir «la qualité dès la première fois» dans un environnement politique qui récompense plutôt la flexibilité que la perfection.

Dans le même sens, Radin et Coffee (1993) notent que les organisations publiques souffrent d'un manque d'incitation à atteindre une productivité élevée à cause du peu d'attention envers les demandes provenant de l'extérieur ; de la tendance des dirigeants à réserver la responsabilité des activités «qualité» à des contrôleurs ; du manque d'habileté et de capacité politiques des managers à orienter leur organisation vers la GQ ; de la culture très hiérarchisée des milieux de travail ; et de l'instabilité générale de l'environnement socio-politique de ces organisations.

Morgan et Muratroyd (1994), estiment pour leur part qu'une des difficultés à adapter la GQ dans le secteur public vient de la résistance au changement des acteurs (les gestionnaires) dans les organisations due à un certain nombre de craintes (diminution de leur sphère d'influence et de leur autonomie, augmentation de la complexité du travail accompagnée de l'inadéquation croissante des habilités des acteurs), ainsi qu'à leur scepticisme concernant divers éléments de la GQ (la formation d'équipes, l'absence de résultats à court terme, l'aspect procédurier de la GQ, l'utilité des outils de cette approche, etc.). Cette résistance se traduit par des comportements que Morgan et Murgatroyd appellent «Contrentrepreneurship» pour désigner l'acceptation superficielle de diriger des équipes tout en inhibant leur travail, leurs actions, afin de retarder l'étape de la mise en œuvre des projets, etc.

Face à ces contraintes, tous considèrent qu'il faut inventer un modèle propre de la GQ au secteur public.

Par ailleurs, Nassera Touati (2009), qui reconnaît la complexité entourant l'élaboration d'une définition de la qualité des services publics, rappelle pour sa part l'importance d'intégrer ce qui fait la spécificité des services publics, à savoir l'intérêt général. Ainsi, de l'avis de l'association *France Qualité Publique*, « La qualité publique est l'aptitude d'une société à répondre aux besoins implicites et explicites d'intérêt général des citoyens. Ces besoins seraient de quatre (4) types :

- Les besoins des usagers : Eau, sécurité, logement, emploi, transports éducation.
- Besoins des services associés : information, simplicité, personnalisation, confidentialité, rapidité, réclamation.
- Besoins sociétaux : cohésion sociale, territoriale, développement durable, citoyenneté.
- Au juste coût : besoin du contribuable et/ou du client.

Selon l'auteure, la GQ a constitué dans les années 90 un mode de gestion que certains analystes considéraient comme étant très prometteur pour le secteur public. Ceci s'expliquerait par le fait que, dans une économie de plus en plus axée sur les services et l'innovation, l'administration publique a été amenée à se préoccuper de la qualité des services notamment, sous l'impulsion du courant du nouveau management public. À cet égard, le secteur public est de plus en plus invité à se réorganiser en s'inspirant des réussites du mouvement de la qualité totale dans le secteur privée afin d'améliorer sa performance (Beam, 2001 ; Harrison et Stupak, 1992 ; Madsen, 1995). Au Canada, plusieurs organisations publiques ont entamé des démarches pour bonifier leur performance (Robertson et Ball, 2002).

2.1.4.2- Lien qualité-performance : modèle Bachir Mazouz et Jean Leclerc, 2008

Dans leur ouvrage collectif intitulé, *Gestion intégrée par résultats*, (2008) Bachir Mazouz et ses collègues tentent de tisser un lien étroit entre la qualité et la performance en faisant un rapprochement entre la performance d'une organisation et la qualité de ses services. À cet égard, les auteurs estiment que la «bonne gouvernance», pour répondre actuellement aux attentes formulées à l'endroit de la performance dans la sphère publique, ne peut être qu'à la mesure de la qualité dans le service qui viendra d'une gestion plus attentive et partant, plus conséquente des affaires de l'État. Ce qui suppose que la gestion des affaires se fera à partir d'un cadre de référence qui conciliera plus manifestement encore qu'actuellement le changement et la qualité dans les services rendus. Les auteurs définissent en six points ce qui à leurs yeux, paraît fondamental dans le management de la qualité. Le premier fondement serait la conception large de la qualité, qui renvoie autant au produit de l'activité, c'est-à-dire le service rendu, qu'au processus d'exécution de la tâche, autrement dit, l'activité mise à contribution dans l'organisation en vue de livrer le service. Le second fondement stipule que la gestion de la qualité est une approche partagée en matière de qualité dans l'ensemble de l'organisation, le tout compris dans une perspective de valorisation du service rendu. En troisième lieu, c'est une compréhension certaine de besoins des clients à servir, en vue d'une élévation du niveau de satisfaction chez ceux-ci. C'est aussi une volonté de changement continu qui englobe toutes les dimensions, toutes les actions et toutes les personnes dans l'organisation. Le 5^{e} facteur de la gestion de la qualité indique qu'elle est un leadership exercé à tous les échelons de l'organisation qui s'appuie sur un effort de formation permanent des acteurs quel que soit leur niveau de tâche. Enfin l'implication de l'ensemble des acteurs directs tels que les employés, et indirects tels que les clients, dans le processus de conception, de mise en œuvre et d'évaluation du service public constitue le dernier

des six éléments que Bachir Mazouz et Jean Leclerc (2008) considèrent comme étant fondamentaux pour une meilleure gestion de la qualité.

Comme on le voit, l'on devrait faire en sorte que le cadre de référence que l'organisation adopte ne soit pas réduit à un «assemblage de bons vœux et participe véritablement à l'amélioration continue de la qualité à travers la gestion des opérations» (B. Mazouz et coll. 2008, p.2667).

2.1.5- La notion de la gestion de la qualité dans le secteur de la SSS

Avant de définir cette notion, et ses perspectives, nous verrons quelques points spécifiques de la GQ dans le secteur de la SSS.

2.1.5.1- Les caractéristiques de la GQ dans le secteur de la SSS.

Dans son *guide de la gestion intégrée de la qualité*, l'association des Établissements de réadaptation en déficience physique (2007), rappelle que le concept qui est à la base de l'actuelle réforme des services de santé au Québec est le concept de «gouvernance clinique», développée en Angleterre vers la fin des années 90. Cette gouvernance clinique rallierait l'ensemble des approches d'amélioration de la qualité des soins et proposerait une vision intégrée et globale de la qualité dans le domaine de la santé. Elle comprend la formation et le développement professionnel ; la vérification (audit) clinique, l'efficacité clinique, la gestion des risques, la recherche et développement et la transparence.

Pour plusieurs auteurs, la GQ au sein du système de la SSS a des caractéristiques particulières, notamment liées à la nature des services dans ce secteur. En effet, la notion de la qualité dépasse de loin la qualité technique des actes professionnels (médicaux) prodigués aux malades. Cette notion comprend surtout des composantes affectives et sociales, qui exigent la contribution de l'ensemble des intervenants cliniciens et non cliniciens dans le réseau et dans son entourage (Berwick, Godfrey et Roessner, 1990 ; Brook et Avery, 1976 ; Donabedian, 1985). Établissant, une différence entre le secteur industriel et celui de la SSS, Harteloh et Verheggen (1992)

soulignent l'importance du caractère non commercial des services de soins de santé, la relative autonomie des professionnels, le rôle des consommateurs (besoins des personnes malades), le mécanisme de règlement (prise en charge totale ou partielle par l'État et l'utilisation d'indicateurs de satisfaction au lieu de la recherche de profits à tout prix). Brunelle (1993) estime de son côté que les soins de santé ne peuvent être capitalisés ni employés comme monnaie d'échange. En outre, l'accès à ces soins indépendamment de la capacité de payer est également une des caractéristiques de la nature des soins et services en santé dans un système public. Pour Lozeau (2002), l'usage de la santé représente une source de dépenses et non pas une source de revenus ; tandis que Haddad, Roberge et Pinault (1997) mettent la différence au niveau des soins de la santé et des produits manufacturiers en décrivant les soins comme étant intangibles (non stables avant d'être livrés), hétérogènes (variant selon le fournisseur) et insécables (leur production et consommation se font en même temps) contrairement aux biens manufacturiers. De plus, ils évoluent dans le temps et dans l'espace même s'ils s'intéressent à des clientèles différentes et couvrent des prestations d'une grande diversité.

Donabedian (1980) fait une approche beaucoup plus large lorsqu'il analyse la qualité des soins de santé, en prenant en compte non seulement la dimension technique, mais aussi la dimension interpersonnelle des soins, à laquelle il intègre les questions liées à l'environnement physique. La qualité est alors déterminée ici par un ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible en regard des connaissances, de la technologie, des attentes et des normes sociales. Et pour l'apprécier, l'on devra comparer le processus à des normes professionnelles sociales et de consommation, mais aussi, de façon indirecte, en termes de structures et de résultats. La dimension technique de la qualité correspond à la fois à la justesse du choix des services ou des activités et à la façon dont ils sont produits, donc une exécution compétente qui

répond à des questions telles que : Fait-on ce qu'il faut faire ? Le fait-on bien ? (Brook et Kosecoff, 1988).

Par ailleurs, les caractéristiques touchant la nature même des organisations de la SSS sont quelques fois jugées nuisibles à la GQ par certains auteurs. À cet égard, Halgand (2003) estime que les organisations de la SSS ressemblent à des bureaucraties professionnelles qui présentent une structure peu favorable au contrôle. Lozeau (1996, 1999, 2002), estime pour sa part que ce milieu, bureaucratique et comportant un pouvoir bicéphale, donc partagé entre la hiérarchie administrative et celle des cliniciens, n'est pas favorable à la GQ qui nécessite une gestion décentralisée, participative et orientée vers la satisfaction du client. De plus, les organisations de la santé dépendantes des instances qui leur sont supérieures, et répondent en priorité à leurs fournisseurs de ressources alors que la GQ doit être plutôt centrée sur le client.

2.1.5.2- La définition et dimensions de la qualité dans le secteur de la SSS

Notre définition de la qualité dans le secteur de la santé et services sociaux se réfère aux dimensions suivantes :

- L'accessibilité : elle est définie par Agrément Canada (2007) comme la facilité pour le client ou la communauté d'obtenir les services requis ou disponibles à l'endroit le plus approprié.

Pour l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES, 2008)[4], l'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, et exige que les services de santé soient a priori disponibles. La ponctualité (timeliness) est un concept lié à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement. Elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et la coordination de soins (trajectoire de soins).

[4] IRDES: http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf , consulté le 25 juin 2010.

- **L'équité** : toujours selon l'IRDES, est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières. Autrement dit, il s'agit de la distribution des soins entre différents groupes de populations quelles que soient leurs situations géographique, économique et sociale.

Pour la fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)[5], l'équité représente une valeur fondamentale du système de santé au Canada, et l'un de ses principes les plus chers. En vertu de ce principe, les populations se voient offrir des services de santé en fonction de leurs besoins cliniques, et les services de santé contribuent à aplanir les disparités en matière de santé et de résultats de santé entre les groupes de la population. Cette notion demeure difficile à surveiller en raison de la rareté des données d'actualité sur l'équité et les disparités, même si le Centre for Health Policy au Manitoba est exemplaire à cet égard par son analyse approfondie de l'impact de la situation socio-économique, du sexe et de l'âge sur les processus et les résultats de santé. (FCRSS, op.cit.)

- **La pertinence** : la bonne intervention est rendue au bon moment par la bonne personne. L'intervention pertinente évite la sur ou sous utilisation. (Conseil québécois d'Agrément)

- **L'efficacité** : l'efficacité des services de santé relève de la propension de l'intervention, que ce soit un service, une consultation, une intervention chirurgicale ou médicale ou un test diagnostic, à produire le résultat escompté. Elle englobe également le caractère approprié de l'intervention, à savoir la mesure dans laquelle celle-ci est offerte aux patients pour qui elle s'avérera bénéfique et ne l'est pas aux patients qui n'en retireraient rien. Les indicateurs de l'efficacité se rapportent soit aux résultats, soit aux processus. (FCRSS, op. cit.).

[5] FCRSS : http://www.chsrf.ca/Chartbook_f.php, consulté le 25 juin 2010.

- **L'efficience :** l'efficience se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs. Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables. La plupart des problèmes de qualité des soins impliquant une sous ou une sur utilisation des ressources, certains ajoutent une dimension connexe à la définition de la qualité pour « s'assurer que des services sont fournis de manière efficiente ». Mais ceci ne fait pas vraiment l'unanimité. L'IOM soutient par exemple que les soucis d'efficience (contraintes de ressources) ne devraient pas être introduits dans la définition de la qualité, celle-ci ne devant pas varier en fonction des moyens disponibles. Les décideurs publics, les professionnels de santé et les utilisateurs devraient pouvoir distinguer des problèmes de qualité de ceux qui résultent de la non-disponibilité de ressources ou de l'inefficience. (IRDES, op. cit.)

- **La sécurité** : La sécurité, définie par la FCRSS comme «l'élimination du risque d'effets néfastes évitables», est un élément fondamental de la qualité des services de santé. Dans les dernières années, ce sujet est devenu une préoccupation pressante pour les responsables de politiques, les gestionnaires et les professionnels du secteur de la santé et pour les patients. L'analyse des incidents indésirables rapportés par le personnel soignant ou des intervenants en même temps que ceux signalés par les patients peut faciliter la tâche de démêler l'écheveau de la situation réelle dans les milieux de santé. La surveillance des processus afin d'évaluer la conformité aux lignes directrices de pratique clinique fondées sur des données probantes dans le but d'améliorer la sécurité (p. ex., propreté des mains, système de mise en garde contre la prescription inappropriée) permet de collecter de l'information utile sur la sécurité des soins et des services de santé. (FCRSS op. cit.)

- **La continuité** : C'est la prestation de services coordonnés, intégrés et dispensés sans interruption[6].

- **La préoccupation éthique :** Les considérations et les enjeux d'ordre éthique touchent à plusieurs niveaux de la santé et des services sociaux, tels que le contexte de soins, la recherche, la santé publique et l'éthique sociale(MSSS)[7]. À cet égard, **l'éthique dans le contexte des soins**, aussi appelée *éthique clinique*, est la branche de la bioéthique qui traite, en gros, des enjeux d'ordre éthique se posant surtout dans la pratique des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Ces questions peuvent toucher le client, l'intervenant ou le gestionnaire d'un établissement (MSSS)[8]. Dans le domaine de **la recherche**, l'éthique traite des enjeux qui se posent dans le cadre d'activités de recherche portant sur des êtres humains ou sur du matériel biologique d'origine humaine (MSSS)[9]. En **santé publique**, les valeurs et les principes éthiques sont appelés à alimenter la réflexion sur quatre fonctions essentielles qui caractérisent l'action relative à ce domaine. Ces fonctions sont : la surveillance continue de l'état de santé de la population ; la promotion de la santé et du bien-être ; la prévention ainsi que la protection de la santé (MSSS)[10]. En ce qui concerne **l'éthique sociale**, elle consiste en une reconstruction d'un certain nombre de valeurs sur lesquelles doivent se reposer les institutions sociales et à analyser l'ampleur de leur support à l'échelle sociale, dans le but de les hiérarchiser de façon

[6]Centre de recherche- Institut universitaire de Gériatrie de Montréal : http://www.criugm.qc.ca/labo/Marie_Jeanne_Kergoat/ETUDE_UCDG_SOMMAIRE_EXECUTIF_FINAL_FINAL_fev2009.pdf, consulté, le 20 juin 2010.

[7] MSSS, l'éthique dans le contexte de soins: http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/fr_clinique.phtml , consulté le 20 juin 2010

[8] MSSS, l'éthique dans le contexte de soins: http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/fr_clinique.phtml , consulté le 20 juin 2010

[9] MSSS, l'éthique en recherche : http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/fr_er.phtml, consulté le 20 juin 2010

[10] MSSS, l'éthique en santé publique : http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/fr_ethiquesp.phtml, consulté le 20 juin 2010

représentative, de les critiquer, et ainsi de présenter ces paramètres qui contribuent à l'élaboration de politiques adéquates (MSSS)[11].

- **La normalisation** : Cette dimension est sous jacente à plusieurs autres retenues dans notre étude. Par exemple, il existe des normes en matière de sécurité et d'accessibilité.

- **La satisfaction des usagers** : Pour l'Agence de la SSS, la satisfaction des usagers doit être au cœur de l'évaluation de la qualité des services. Cette dimension est un indicateur clé pour mesurer la performance des services de santé et des services sociaux. En outre, l'évaluation de la satisfaction contribue à la promotion des droits des usagers et à la mise en valeur de leurs besoins. Elle oriente les pratiques de gestion et mobilise le personnel vers l'objectif prioritaire du réseau de la santé et des services sociaux : le bien-être des usagers[12].

- **La globalité** : La globalité consiste à offrir, directement ou indirectement toute une gamme de services pour répondre aux besoins des soins de santé des patients. Dans le domaine de la santé, cette offre de services comprend la promotion, la prévention, le diagnostic et le traitement des conditions communes, la référence à d'autres cliniciens, la gestion des conditions chroniques, la réhabilitation, les soins palliatifs et dans certains modèles les services sociaux[13].

- **La réactivité** : selon l'IRDES (2008) la réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient (responsiveness) renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins. Elle

[11] MSSS, l'éthique sociale : http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/fr_ethiquesociale.phtml , consulté le 20 juin 2010

[12] Source : Agence de la SSS de Montréal : http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/performance/satisfaction/satisfaction_presentation.html#satisfaction, consulté le 19 juin 2010

[13] Source : Annals of family medecine: http://www.annfammed.org/cgi/reprint/5/4/336 consulté, le 23 juin 2010

se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé.

Un autre terme est souvent employé « patient-centeredness » : il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Ainsi, on met l'accent sur l'expérience du patient concernant les aspects spécifiques des soins, ceci au-delà de sa satisfaction individuelle. La continuité des soins renvoie à la coordination des soins de santé dans le temps et à travers différents professionnels et établissements pour un même utilisateur. (IRDES, op.cit.)

2.1.5.3- Définition de la gestion de la qualité en SSS

Partant des éléments que nous venons d'évoquer, pour définir la gestion de la qualité, la plupart des établissements du réseau se réfèrent à la définition d'Agrément Canada qui rejoint celle du Conseil québécois d'agrément qui mettent tous les deux l'accent sur les besoins et les attentes des clients. C'est pourquoi d'ailleurs l'AQESSS considère que l'une ou l'autre de ces deux définitions peuvent servir de base notamment aux établissements de services sociaux (Guide, p.13). De ce point de vue, la GQ dans le secteur de SSS se définit comme «*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*» (CQA, 2007).

Pour le Ministère de la Santé et Services sociaux, la qualité se réfère aux dimensions «pertinente» (la bonne intervention rendue au bon moment par la bonne personne, intervention pertinente évitant la sur ou sous utilisation) ; «normative» (le respect par les intervenants, des normes

professionnelles et l'application des meilleures connaissances disponibles) et «qualitative» (qui a trait aux qualités personnelles et relationnelles des intervenants permettant l'atteinte de haut niveau d'observance aux objectifs du plan de suivi et de satisfaction)[14].

2.1.6- Les perspectives de la qualité

Après avoir souligné quelques dimensions de la qualité, il importe de préciser les perspectives de cette notion. Notre principale référence à cet égard est le guide de l'AQESSS qui en indique quatre (4).

2.1.6.1- La qualité attendue : il s'agit de la qualité souhaitée par la population, autrement dit, les personnes bénéficiant de soins ou qui obtiennent des services. En effet, ces personnes ont leur conception de ce que doit représenter une qualité de prise en charge ou de prestation de services, laquelle qualité résulte de leurs expériences passées, des informations reçues sur l'organisation des services et de leurs besoins immédiats de santé

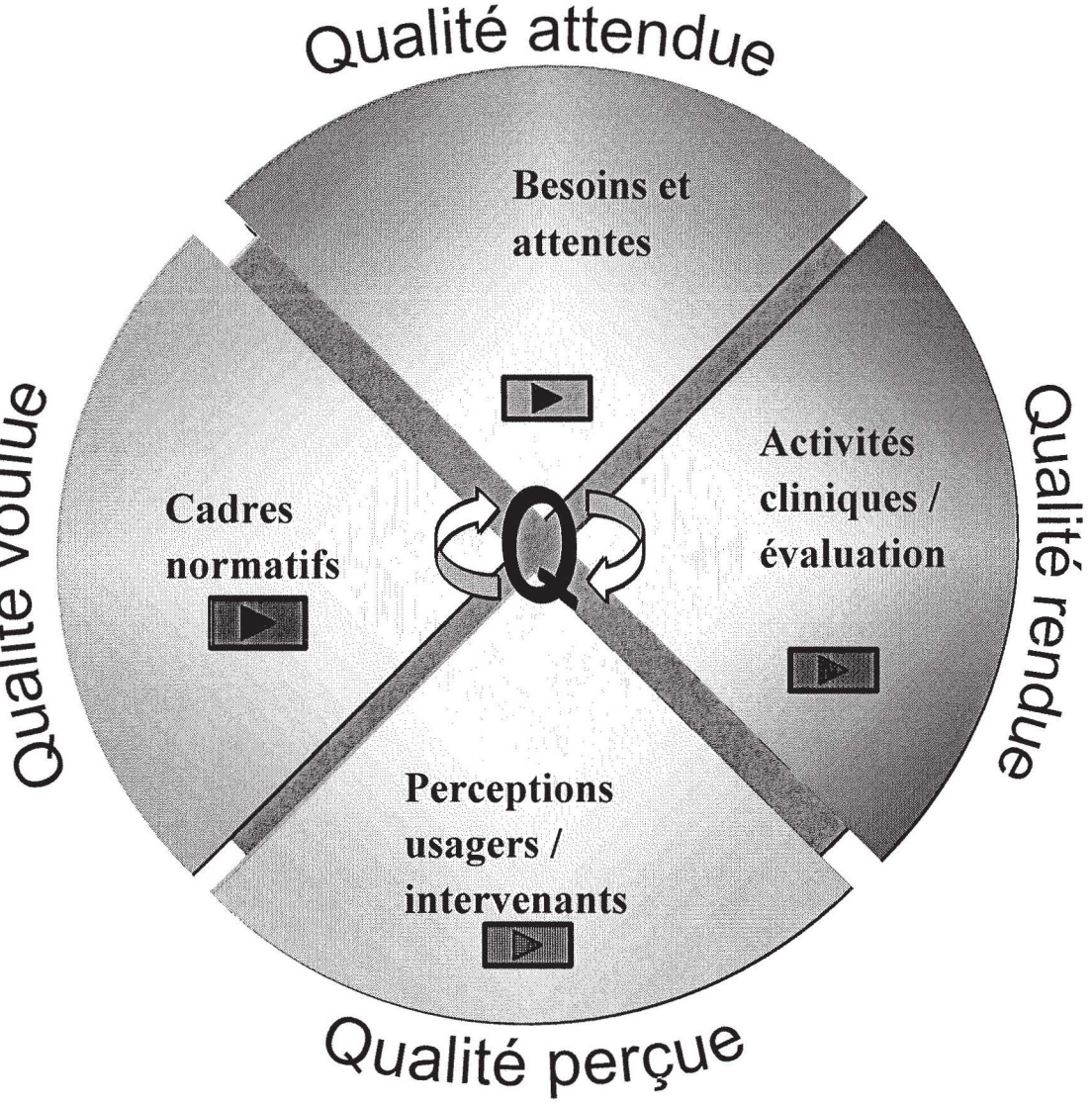
2.1.6.2- La qualité voulue : Celle que les professionnels et les gestionnaires recherchent par rapport à l'état de leurs connaissances, des normes professionnelles et administratives ainsi que des guides de bonnes pratiques.

2.1.6.3- La qualité rendue se réfère à celle délivrée par les professionnels et l'organisation en général. Elle est entre autres évaluée à partir de processus formels, dont l'agrément, les visites des ordres professionnels, les activités des conseils professionnels à l'interne ou encore par le processus d'ententes de gestion et d'imputabilité ;

2.1.6.4- La qualité perçue se mesure lorsqu'un soin ou un service ont été rendus et que les personnes soignées ou leur famille témoignent de la qualité obtenue à partir de leur expérience.

[14] MSSS, Projet clinique, Cadre de référence pour les RLS, 2004, p22.

Schéma 1 : La qualité selon les quatre perspectives



Source : Guide de gestion intégrée de la qualité, AERDPQ, mai 2007

Par ailleurs, il existe une interaction d'écarts entre ces perspectives. En effet, les informations que l'on cherche à traiter varient en fonction de celui qui les traite et tiennent compte de ces quatre perspectives. Par exemple, le directeur et les conseillers qui assurent la gestion de la qualité ou encore le comité de vigilance et de la qualité tenteront de dégager les grandes tendances pour aider l'établissement à se fixer des cibles d'amélioration organisationnelle. C'est justement l'analyse des écarts entre les différentes perspectives de la qualité qui permettra d'identifier des pistes d'amélioration pouvant avoir un impact important sur le nouveau de satisfaction des clients.

L'écart de satisfaction entre qualité attendue et qualité perçue renseigne sur l'existence d'une problématique qui peut provenir soit d'un écart de qualité, d'un écart d'attente ou de celui de perception.

L'écart d'attente entre qualité attendue et qualité voulue se produit lorsque les attentes des usagers dépassent l'offre de service. Face à une telle situation, les usagers peuvent exprimer une moins grande satisfaction parce que les services, même s'ils sont rendus en conformité avec les bonnes pratiques, ne rencontrent pas leurs attentes ou leur conception de services. En termes d'amélioration continue de la qualité, l'écart d'attente invite soit à mieux communiquer et à clarifier l'offre de services auprès des usagers, soit à évaluer la pertinence de la modification afin de mieux répondre à leurs besoins.

On parlera d'écart de qualité lorsque les services n'auront pas été rendus en conformité avec les bonnes pratiques prédéfinies. Il s'agit d'une problématique par rapport à la qualité du service. Il faut alors identifier les causes, en proposer des améliorations, les mettre en œuvre pour finalement en évaluer les résultats.

Quant à l'écart de perception, il résulte d'une interprétation erronée de la part des clients. Cet écart se produit lorsque les clients n'ont pas été en mesure de percevoir que les services ont été

rendus en conformité avec les bonnes pratiques. À l'instar des autres types d'écarts, l'écart de perception invite à améliorer en mettant en place des mécanismes afin d'assurer une meilleure communication avec les clients et à donner ainsi une meilleure visibilité à la qualité des services rendus.

2.1.7-Vers une gestion intégrée de la qualité (Modèle de l'AQESSS), 2009.

Le concept de la qualité a connu une évolution avec l'histoire. L'analyse du contexte historique permet de constater que chacune des approches «intègre et bonifie la précédente». Il serait judicieux de faire état de cet enrichissement dans la présente démarche, car il est déterminant dans la conception progressive de la gestion de la qualité.

Aujourd'hui, la tendance est à parler de plus en plus de gestion intégrée de qualité. L'AQESSS accorde une place importante à l'évolution de ce concept dans *son guide de la gestion intégrée de la qualité*. En effet d'après les auteurs du guide, la qualité et sa gestion ont évolué de la façon suivante:

2.1.7.1- Le contrôle de la qualité

Activité de gestion de la qualité la plus connue, il consiste à évaluer le plus objectivement possible un résultat par rapport à un objectif déjà établi. Le Mouvement québécois de la Qualité parle de «l'action de mesurer, d'examiner, d'essayer, de passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'un produit ou service et de les comparer aux exigences spécifiées en vue d'établir leur conformité» (MQQ, 2008). Une des premières approches en gestion de la qualité, le contrôle de la qualité fait son apparition dans les années 1920 dans l'industrie automobile et électronique. Au Canada, ce contrôle a aidé à cette époque les hôpitaux dans la création de programme de standardisation pour les futurs chirurgiens.

2.1.7.2- L'assurance de la qualité

Définie par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) comme «l'ensemble des dispositions prises pour donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites» (ANAES 2002), l'assurance qualité apparaît dans les années 1980 dans le secteur privé pour satisfaire le «besoin des clients qui désirent à l'avance une preuve que la qualité qui sera réalisée et qui sera livrée satisfait leurs exigences» (Kélada, 1986).

2.1.7.3- L'appréciation de la qualité

Pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux, l'appréciation de la qualité caractérise «une confrontation des façons de faire ou conditions actuelles (structures et processus) avec d'autres possibilités qui pourraient donner des résultats supérieurs ou équivalents, tout en tenant compte des coûts» (MSSS, 1993). C'est vers la fin des années 1980 que le contrôle de la qualité et l'assurance de la qualité sont associés à un processus d'appréciation de la qualité qui remet en question tout le système de production de soins et des services afin de l'améliorer (AHQ, 1980).

2.1.7.4- La qualité totale

C'est une approche qui provient du secteur manufacturier. Elle propose d'aller au-delà des pratiques traditionnelles d'assurance de la qualité et des approches orientées sur la détection et la correction des erreurs. C'est dans les années 1990 que cette approche connaît un certain engouement dans le secteur de la santé, notamment aux États- Unis. Trois principes caractérisent la qualité totale. D'abord l'orientation vers la satisfaction des clients (qui peuvent être aussi internes ou externes, les fournisseurs ou les partenaires), ensuite l'engagement envers l'amélioration de la qualité à travers l'étude constante des processus et enfin l'accent sur l'*empowerment* des employés dans la recherche d'opportunité d'améliorer la qualité (Young et coll., 2001).

2.1.7.5- L'amélioration de la qualité

C'est une philosophie ou un système de gestion qui vise à répondre aux besoins et à surpasser les attentes des clients en se servant d'un processus systémique de la définition d'amélioration continue de tous les aspects des services offerts. Ces aspects comprennent également les résultats qui découlent des services offerts aux clients. L'amélioration de la qualité constitue un apprentissage continu et des normes d'excellence qu'un organisme tente d'atteindre dans la mesure du possible (CCASS, 2001). Cette approche, encore appelée amélioration continue de la qualité, donne un nouveau souffle à la gestion de la qualité au milieu des années 1990. L'amélioration continue est recherchée à tous les niveaux de l'organisation et dans tous les services ou programmes par étapes successives. L'AQESSS encourage les établissements à produire des indicateurs de performance ou des indicateurs de rendement visant à mesurer l'efficacité des processus et leur impact sur les résultats.

2.1.7.6- La gestion intégrée de la qualité

D'après le CCASS, la gestion intégrée de la qualité permet la mise en place d'un processus continu, proactif et systémique pour comprendre et gérer la qualité en vue de transmettre les valeurs qui y sont liées dans l'ensemble du système et de susciter des réflexions et des discussions sur le sujet. Les établissements de santé et de services sociaux recherchent aujourd'hui une façon de créer une synergie devant le nombre croissant d'acteurs et d'instances qui détiennent des rôles en matière de qualité et de sécurité. Dès lors, l'intégration apparaît comme une réponse aux défis à relever. Il faut aussi rappeler que l'intégration dans l'organisation des soins et des services, de même que dans la gestion de la qualité et de la sécurité a été mise de l'avant pour contrer le travail en parallèle, les chevauchements, la perte d'une vue d'ensemble, la fragmentation des activités et les dysfonctionnements dans les processus. Par ailleurs, la gestion intégrée de la qualité regroupe les différents courants de pensées de la gestion de la qualité et se

présente comme une approche où chaque personne dans l'organisation est responsable et active dans le processus d'amélioration de la qualité. Cette approche se vit à travers l'ensemble de l'organisation dans ses sphères tant cliniques qu'administratives.

2.1.8- La mesure de la qualité

La mesure de la qualité consiste à évaluer les écarts pour comprendre les résultats obtenus après une intervention ou un service rendu. On devra alors collecter des données en mettant sur pied un système de mesures tant à l'interne qu'à l'externe pour le suivi de la démarche afin de mieux évaluer les écarts et mieux comprendre les résultats obtenus.

De façon classique, l'évaluation de la qualité s'effectue autour de la triade de Donabedian (1878, 1985): structure — processus — résultat. En effet, selon cet auteur, la structure, les processus et les résultats sont les cibles de l'évaluation des soins.

La structure correspond à la configuration des ressources dans le but de donner des soins. L'appréciation de la structure résulte de la relation entre les processus et les résultats, à propos des attributs de l'organisation et des professionnels qui y œuvrent.

Les processus sont constitués des soins en cours, tant aux niveaux des diagnostics que des traitements. Quand un jugement portant sur la qualité des services est effectué, il s'agit d'abord d'un jugement sur l'intervention du professionnel auprès du client. Le jugement est aussi porté sur l'ensemble de la prise en charge du patient. Ce processus est l'objet ultime de l'appréciation de la qualité.

Quant aux résultats, ils concernent les extrants qui ont une valeur au plan des soins de santé (l'état de santé). L'appréciation des résultats comprend le savoir; les attitudes ainsi que les comportements qui sont susceptibles d'améliorer ou de détériorer la santé à l'avenir. En outre, la satisfaction des usagers est une autre composante qui entre dans les résultats. Donabedian estime

que les résultats, positifs ou négatifs, n'autorisent qu'une présomption de bonne ou de mauvaise qualité des soins de santé. En effet, le jugement défini doit reposer sur l'étude des processus.

Tout compte fait, l'évaluation de la qualité ne peut jamais être un exercice ponctuel unique, et cela, pour plusieurs raisons. Tout d'abord parce que l'excellence n'est jamais acquise une fois pour toutes, mais demande une attention continue. Ensuite parce que de nouveaux enjeux et de nouveaux problèmes surgissent constamment dans un domaine aussi évolutif que le monde de la santé et des services sociaux. Typiquement, des systèmes d'accréditation ou de certification opèrent avec une périodicité de deux à cinq ans. C'est un choix à faire en fonction de l'équilibre entre efficacité et lourdeur du système. Certains systèmes modulent les intervalles en fonction des résultats obtenus; d'autres comportent aussi des mesures d'accompagnement et d'amélioration de la qualité continue entre les moments d'audit.

L'évaluation doit s'adapter aux évolutions de la pratique, cela semble évident. Mais, d'autre part, il y a un intérêt à maintenir certains indicateurs strictement inchangés pendant une période de temps prolongé. Un des meilleurs éléments de comparaison pour un hôpital ou un centre de réadaptation est souvent sa propre performance accomplie lors des années précédentes.

Le besoin interne de la mesure de la qualité est celui du responsable d'un secteur ou du responsable de l'établissement de s'assurer que la démarche qualité atteint ses objectifs. La démarche vise à garantir que des secteurs de l'établissement ou des processus sont fiables. L'enjeu est aussi pour les professionnels de pouvoir visualiser les progrès accomplis, ce qui aura en retour un impact positif sur leur motivation. Le besoin externe est celui de donneurs d'ordre, de clients, voire de tutelles et vise à donner confiance dans la qualité des services fournis par l'établissement. Ces besoins peuvent être satisfaits grâce à des indicateurs, à des audits qualité, à la certification, à l'obtention d'un prix qualité ou encore à la certification d'engagement par l'établissement, des contraintes de gestion imposées par la réglementation ou par des clients.

Parmi les outils de la mesure, nous mettrons l'accent ici notamment sur les indicateurs, car ces derniers constituent un outil essentiel de mesure de la qualité.

2.1.8.1- Les indicateurs et leurs caractéristiques

2.1.8.1.1- La définition d'un indicateur

Il existe plusieurs définitions de la notion d'indicateurs, variables d'un domaine à l'autre, mais traduisant en général presque la même chose. Nous nous inspirons ici notamment de la définition du Secrétariat du conseil de trésor du Québec. Selon lui en effet, un indicateur est «*toute mesure significative, relative ou non, utilisée pour apprécier des résultats obtenus, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux ou le contexte externe*» (Guide sur les indicateurs du Secrétariat du Conseil du trésor du Québec, 2003). Par la mesure, l'on établit une grandeur, une quantité, un indice, un état de situation ou un degré de réalisation par rapport à une étape donnée. Selon la norme ISO 8402 «un indicateur est une information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis». On voit là l'insistance sur la nécessité de l'existence d'informations numériques et répétées pour qu'une information quantitative prenne le nom d'indicateur.

2.1.8.1.2- Les caractéristiques d'un bon indicateur

Pour bien atteindre des résultats visés par une mesure, il est important que l'élaboration des indicateurs tienne compte d'un certain nombre de critères. Celles-ci «constituent en quelque sorte les exigences minimales auxquelles l'indicateur doit répondre pour pouvoir être conservé pendant un temps raisonnable sans être constamment remis en question et sans subir de modifications importantes» (Conseil du Trésor du Québec (CTQ), 2003). Ainsi, le Guide du Secrétariat de du CTQ retient six critères en vue de simplifier la démarche. Ses critères sont :

- **La pertinence** qui traduit la préoccupation, l'objectif ou encore l'atteinte de l'indicateur. En effet, un bon indicateur doit illustrer «concrètement, en tout ou en partie, le résultat, le phénomène ou l'objet qu'on veut mesurer».

- **La validité** : On dit d'un indicateur qu'il est valide lorsqu'il mesure effectivement le phénomène qu'il est censé mesurer. En d'autres termes, la validité d'un indicateur renvoie à la conformité entre un phénomène ou un élément observé, et ce qui le représente.

- **La faisabilité** : la faisabilité de l'indicateur suppose que celui-ci soit facile à obtenir et à produire. Ses données doivent être accessibles aussi tôt que possible et les opérations nécessaires pour les collecter et les traiter doivent être aussi faciles et peu coûteux.

- **La convivialité :** l'interprétation possible de l'indicateur devrait être la même pour tous ceux qui l'utilisent. Pour cela, il doit être simple, clair, et facile à comprendre et à interpréter.

- **La fiabilité** : pour être fiables, les résultats de mesure d'un indicateur doivent être constants toutes les fois qu'une autre mesure est faite dans les mêmes conditions. Ce qui signifie tout simplement que le résultat est conforme à la réalité et ne comporte pas d'erreur. La fiabilité comprend par ailleurs d'autres notions telles que la robustesse et sensibilité de l'indicateur. En effet il doit faire ressortir les variations significatives tout en étant assez stable pour assurer une mesure constante dans le temps.

- **La comparabilité** : Cette caractéristique traduit le souhait de choisir dès que possible, un indicateur standardisé, utilisé par plusieurs organisations et reconnu officiellement en vue de s'assurer de la crédibilité de l'indicateur choisi.

2.1.8.2- Les études du système qualité.

La mesure de la qualité peut aussi porter sur le système mis en place. Une étude classique du système qualité est l'audit qualité. En général, cette mesure peut être réalisée en interne à l'établissement en réalisant un audit qualité interne, ou bien dans le cadre d'une démarche de

certification par un organisme externe. Elle fera dans ce cas appel à une auto-évaluation interne suivie d'une évaluation externe. Le cadre de référence de cette étude est habituellement dans ce cas la norme de la série ISO 9000 en vigueur. L'étude systémique mise en place pourra également être réalisée dans le cadre de la participation à un prix qualité. Chaque prix qualité prévoit l'étude d'un certain nombre d'éléments classés par grands thèmes (par exemples la politique qualité, la participation du personnel, l'amélioration de la qualité) à l'intérieur de chacun de ces thèmes est prévu un questionnement précis ainsi qu'une méthode pour établir des scores permettant de classer l'établissement. Les prix qualité font également appel à un système d'auto-évaluation suivi d'une évaluation externe.

2.1.9- Le défi de la mesure de la qualité en SSS

Selon Juliette Malley et Ann Netten (2008), toute mesure devrait se fonder sur le point de vue des utilisateurs des services, étant donné qu'elles doivent illustrer les expériences des individus. Même si un service est parfois susceptible de répondre aux besoins dans certains domaines de résultats, la présence de processus défaillants ou d'une mauvaise qualité en général peut avoir comme conséquence que ces besoins ne sont pas totalement satisfaits dans la pratique. La distinction entre un service potentiel faible, mais de bonne qualité produisant des résultats similaires pour les individus et un service au potentiel élevé mais de mauvaise qualité est importante, essentiellement parce qu'elle contribue à identifier les moyens d'améliorer les résultats dans leur ensemble.

Tout compte fait, les indicateurs de résultats sont en général plus difficiles à utiliser pour différentes raisons. Les complications et incidents qu'on essaye de prévenir en santé et services sociaux sont dans l'ensemble peu fréquents, d'où ce besoin d'une collecte de données importante, voire continue. De plus, il n'est pas toujours aisé de faire la distinction entre les conséquences des erreurs évitables et les complications inhérentes à la dégradation inéluctable de l'état d'un client.

Enfin, la question de la référence par rapport à laquelle les résultats pourront être interprétés reste fort débattue. Les moyennes statistiques par exemple, nationales ou autres, n'ont qu'une valeur très relative. Toutefois, les indicateurs de résultats ont l'avantage de se focaliser sur les enjeux réels et rencontrent ainsi les exigences du client pour lequel le résultat des interventions peut être une question de vie ou de mort, de souffrance ou d'handicap définitif. Du point de vue de l'organisme assureur et des autorités administratives et politiques, des indicateurs de coût/efficacité, de coût/utilité et d'efficience ne peuvent pas manquer au tableau. Il est évident que l'établissement ne fonctionne pas dans un espace isolé et autonome et, un manque d'efficience dans un domaine privera inévitablement d'autres domaines d'une partie de leurs ressources.

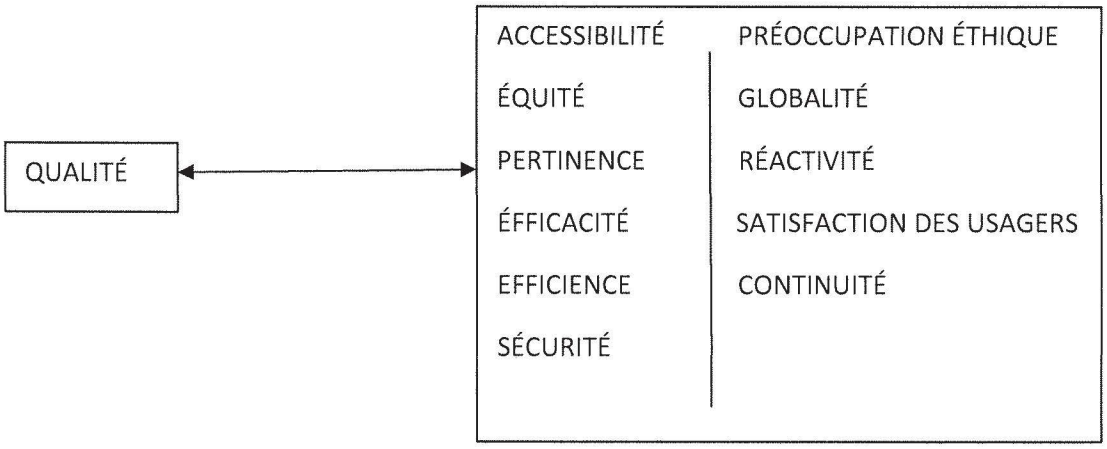
2.2- Cadre d'analyse

Grâce à la recension des écrits, nous avons mis en évidence quelques définitions ainsi que des dimensions de la qualité en général et de la qualité des services en santé et services sociaux en particulier. Partant de cette recension des écrits, nous définissons ici un cadre qui permettra d'analyser les résultats de notre étude. Ce cadre comprend trois parties. Dans un premier temps, nous présentons dans un schéma les dimensions que nous retenons pour analyser la compréhension de la qualité par les acteurs ; ensuite nous reviendrons sur les quatre perspectives de la qualité évoquées plus haut (la qualité attendue, la qualité voulue, la qualité perçue et la qualité rendue) pour en ressortir leurs activités respectives. Enfin, nous aborderons dans la dernière partie du cadre, la question de la mesure de la qualité.

2.2.1- Les dimensions de la qualité retenues pour l'analyse des résultats :

Les dimensions de la qualité retenues pour notre analyse sont présentées dans le schéma suivant :

Schéma 2 : Les dimensions de la qualité



2.2.2- Les activités de la GQ

Le CQA réparties les activités de GQ de la façon suivante (voir la fig. ci-dessus).

Figure 1 : Les activités de la qualité selon les quatre perspectives de la qualité.

La qualité attendue	La qualité voulue	La qualité perçue	La qualité rendue
-Sondage populationnel -Forum de la population -Projet clinique -Rapports et études -Orientation ministérielle	-Des cadres normatifs -Des normes cliniques et professionnelles -Des normes administratives et légales -Des orientations stratégiques du code d'éthique	-La gestion des plaintes et des insatisfactions -L'appréciation de la satisfaction des clients et des partenaires -L'évaluation de la mobilisation des employés	-La gestion des risques -La prévention des infections -Les démarches d'agrément et d'accréditation -L'évaluation des activités cliniques et des pratiques professionnelles L'évaluation de programme de la gestion et de la sécurité des actifs informationnels -La reddition de compte -Les suivis de gestion -Des visites ministérielles

2.3- La mesure de la qualité

Dans le cadre de la mesure de la qualité, notre analyse portera sur les indicateurs de structure, de processus et des résultats. A ce propos, les résultats du benchmarking feront l'objet de cette analyse.

CHAPITRE 3- LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce troisième chapitre est essentiellement consacré aux différentes étapes méthodologiques qui ont marqué le déroulement de notre stage en milieu organisationnel.

3.1- L'approche méthodologique : L'approche monographique

Notre étude a porté sur le centre de réadaptation Lisette-Dupras (CRLD). Elle pouvait être menée dans un autre organisme. Nous avons procédé à une étude de cas (Simon N. Roy, 2009). Pour une telle étude, l'approche monographique qui est « une description exhaustive notamment d'une situation, d'un problème, d'une unité géographique» est la mieux placée pour «recueillir des informations sur tous les aspects de la question et de la traiter comme une totalité opérante» (op cite, p.206). En effet, l'implantation d'un modèle de gestion intégrée de la qualité ne peut s'effectuer sans tenir compte du mandat ou de la mission ainsi que d'autres traits caractéristiques de l'organisation.

3.2- Méthodes de collecte.

3.2.1- Les sources de données

La collecte de données a constitué le temps fort de notre stage. Les principales sources de données ont été les suivantes :

3.2.1.1- Les entretiens semi-dirigés

L'un des objectifs visés par des entretiens avec des gestionnaires et des employés était d'impliquer ceux-ci dans la démarche et les mettre déjà au courant du projet. De plus et surtout, ces entretiens devaient nous permettre de recueillir des données afin de valider certaines informations documentaires. Ainsi, nous avons rencontré cinq (5) personnes de responsabilités différentes. Il s'agit d'un conseiller à la programmation et à la planification, d'un responsable d'un atelier d'apprentissage, d'un responsable d'un centre d'activités de jour, d'un responsable du programme d'adaptation, de réadaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches et d'un conseiller adjoint clinique.

Le choix de ces participants a été réalisé par la superviseure de stage au sein du CRLD. Connaissant les objectifs de la démarche et l'intérêt de recueillir les opinions des gestionnaires et des employés, elle a su cibler les personnes capables de donner les réponses attendues. Ensuite, elle leur a envoyé un courriel pour leur expliquer l'importance de leur collaboration. Ces personnes devaient par la suite donner leur disponibilité pour rencontrer le stagiaire.

3.2.1.2- Le focus-groupe

Nous avons rencontré en focus-groupe une équipe de treize (13) employés. Ceux-ci appartiennent tous à un centre du jour de l'établissement, s'occupant notamment des activités de socialisation, de nature éducative ou récréative.

Le choix des participants au focus groupe a été fait par la responsable de ce service qui leur a expliqué la démarche avant d'obtenir d'eux un rendez-vous pour la rencontre.

Rappelons que le focus groupe est une technique de recherche qui consiste à recruter un nombre représentatif de personnes répondant à des critères d'homogénéité dans le but de susciter une discussion ouverte à partir d'une grille d'entrevue de groupe préalablement établie.

3.2.1.3- L'analyse documentaire

Divers documents ont été des sources éloquentes. Il s'agit de l'analyse du rapport d'agrément 2007, des rapports annuels d'activité du CRLD des années 2007-2008 et 2008-2009 ainsi que d'autres documents spécifiques à la GQ identifiés au centre. L'analyse de ces documents était nécessaire, car elle nous a permis de confronter leurs contenus avec les informations recueillies lors des entrevues, durant le focus- group et pendant l'observation directe

3.2.1.4- L'observation directe et les discussions informelles

Encore appelée «travail de terrain» direct, l'observation directe comprend l'ensemble des opérations par laquelle le modèle d'analyse est soumis à l'épreuve des faits, confronté à des données observables afin de rassembler de nombreuses informations (*Quivy et Campenhoudt, 2006*). Au CRLD, nous avons pu observer et avons lu beaucoup d'information sur des affiches à plusieurs endroits de l'établissement. De plus, de façons informelles, nous avons abordé des employés que nous avons côtoyés durant le stage (pendant les diners, dans le couloir ou ceux qui avaient leurs bureaux dans le même local que nous). Nous avons également visité un centre du jour ainsi qu'un atelier de travail pour observer directement les clients et nous rendre compte des services qui leur sont rendus.

3.2.2- Les instruments de l'étude

3.2.2.1- La grille d'entretien (voir annexe 2)

La grille d'entretien comprenait quatorze (14) questions autour de quatre (4) grands thèmes. Le premier thème concernait les connaissances des interviewés sur la qualité en général et la qualité des services en particulier. Le second thème était axé sur les activités passées et présentes visant à

l'amélioration de la qualité, tandis que le troisième était centré sur les qualités attendue et perçue. En dernier lieu, nous avons voulu recueillir l'opinion des interviewés sur la démarche de la qualité à travers ce projet d'implantation d'un programme de gestion intégrée de la qualité.

Il faut signaler que compte tenu des informations recherchées, nous avons appliqué la même grille aux entretiens semi-dirigés et au focus groupe. Toutefois, le mode d'administration n'a pas été le même. En effet, nous avons procédé, pendant trois quarts d'heure à des questions-réponses avec les responsables, évidemment parce qu'il n'y avait qu'une seule personne face à nous. Par contre, pendant le focus-groupe, nous avons eu des débats à chacune des questions. Car les réponses des uns suscitaient des réactions de la part des autres participants, soit pour approuver, ajouter, soit pour nuancer ou encore pour exprimer un désaccord. Cette ambiance très enrichissante nous a permis de recueillir, pendant l'heure et demie que nous avons passée, une diversité d'opinions complémentaires.

Par ailleurs, il faut signaler que les réponses étaient enregistrées pour ceux qui l'acceptaient et des notes étaient prises pour ceux qui le refusaient. En effet, au début de chaque entrevue, nous demandions l'autorisation d'enregistrer les réponses dans le but d'être beaucoup plus fidèle dans l'analyse et l'interprétation des données.

3.2.2.2- Benchmarking

Étant donné qu'il existe plusieurs centres de réadaptation en déficience intellectuelle, nous nous sommes permis d'approcher d'autres centres pour voir ce qui se fait à leur niveau en matière de l'utilisation des indicateurs de qualité de services.

Nous avons contacté par téléphone et par courriels douze (12) établissements à Montréal et ailleurs au Québec, dont les coordonnées avaient été repérées sur Internet et dans les documents de l'établissement. Sur les douze (12), seulement cinq (5) ont répondu à notre demande, les autres n'ayant pas retourné les appels, même après des tentatives de rappels. Parmi ceux qui ont donné

suite à notre contact, deux (2) nous ont expliqué qu'il n'était pas possible de nous fournir des informations sur leur utilisation des indicateurs, une personne nous a demandé de lui donner le temps d'avoir l'autorisation de son chef hiérarchique avant de nous répondre, mais nos tentatives de les recontacter n'ont rien donné. Enfin deux (2) autres centres de réadaptation, un en Montérégie et l'autre dans Lanaudière, ont répondu favorablement à notre demande et nous ont fourni les informations, parmi celles recherchées, susceptibles d'être partagées.

3.3- La méthode d'analyse de données

Au terme de chaque entrevue, nous prenions le temps de transcrire les réponses notées ou enregistrées pour finalement obtenir des réponses, répondant par répondant. Ensuite, nous avons croisé chaque réponse aux autres, question par question. Cette technique nous a permis de voir les convergences et les divergences de réponses à chacune des questions posées lors des rencontres. Par exemple une seule personne des responsables a trouvé que le projet d'implantation d'un programme de gestion intégrée de la qualité n'était pas nécessaire tandis que les autres le trouvaient nécessaire, même si parmi celles qui le trouvaient nécessaire, il y en a qui ont posé des conditions telles que la mise en application effective du projet. Par ailleurs, les réponses des employés rencontrés en focus groupe se démarquaient, pour la plupart, de celles des responsables.

Enfin, pour la validité des données recueillies en entrevue, nous avons également croisé les réponses avec les informations recueillies lors de l'analyse documentaire.

3.4- La considération éthique

Du point de vue éthique a été pris en considération. En effet, nous avons préservé l'anonymat ainsi que la confidentialité des personnes interviewées qui ont par ailleurs donné toutes, leur consentement.

3.5- Quelques difficultés rencontrées

Parmi les obstacles intervenus durant notre travail, nous en retenons les deux principaux.

Le premier à signaler est lié au changement organisationnel intervenu au début de notre mandat et dont nous avons parlé plus haut. Après avoir brièvement envisagé l'interruption du stage il a été décidé la possibilité de le poursuivre. En outre, le changement entrainait le départ de certains gestionnaires ou employés. Le climat n'était alors pas favorable pour aborder facilement des gens et leur demander de répondre à des questions. Il était difficile d'identifier les répondants les plus pertinents. Il fallait alors prendre le temps d'y réfléchir pour finalement trouver une solution durant la deuxième moitié du stage.

Le deuxième obstacle fut la difficulté d'obtenir des informations voulues auprès d'autres établissements du réseau de la SSS, notamment des centres de réadaptation.

Conclusion

Ce chapitre sur la démarche méthodologique met fin à la première partie du rapport. Nous abordons dans les pages suivantes, la deuxième partie où il sera question entre autres, des résultats de l'étude.

DEUXIÈME PARTIE : CADRE PRATIQUE : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Cette deuxième partie comprend deux chapitres. Le premier chapitre est consacré aux résultats tandis que dans le second, il s'agira des recommandations.

CHAPITRE 1- ANALYSE DES RÉSULTATS

Dans ce premier chapitre, nous présentons les résultats à la lumière de notre cadre d'analyse. Ainsi le chapitre comprend trois parties. D'abord la compréhension de la qualité par les interviewés, ensuite le bilan des activités et les indicateurs de mesure de la qualité au niveau de la structure, du processus et des résultats. Pour ce faire, nous nous servirons des résultats du benchmarking. Mais avant ce dernier point, nous présenterons les attentes de répondants vis-à-vis du projet de la d'implantation d'une GIQ, les avantages et les obstacles potentiels.

1.1- La compréhension de la qualité au CRLD

Les dimensions évoquées par les personnes que nous avons rencontrées qui rencontrent ou complètent celles déjà évoquées dans le cadre théorique. Voyons les dimensions exprimées au CRLD par rapport à celles de ce cadre.

- La satisfaction des usagers : La satisfaction a été évoquée par la majorité des répondants, sous deux angles. Certains ont parlé de la satisfaction des besoins des usagers, d'autres ont fait référence à la satisfaction des objectifs de l'organisation. Cette satisfaction doit être mesurée par un sondage auprès des usagers.

Il a été remarqué que la satisfaction des besoins des clients suppose une réponse avec rigueur à ces besoins qui doivent être exprimés par les clients eux-mêmes et non pas décidés à leur place, sans leur consultation. Faisant ainsi, on identifiera les besoins des clients très variés puisque chacun n'a pas nécessairement les mêmes besoins que les autres. Il faut, pour rendre un service de qualité, tenir alors compte de ceux exprimés individuellement, ou personnellement par chaque usager.

- La sécurité : Deux répondants ont indiqué que les clients doivent être et se sentir en sécurité. Pour ces répondants, les familles veulent s'assurer que leurs membres sont dans de bonnes mains quand ils sont pris en charge par le CRLD.

- L'accessibilité : La plupart des répondants ont indiqué dans leur discours que la qualité de service suppose que les clients disposent des services qu'ils désirent et aussi tôt que possible. Un répondant a insisté sur le fait qu'un service de qualité est bien celui qui est rendu dans le temps imparti pour ce service.

- L'efficacité : Un seul répondant a exprimé et de façon claire, que l'atteinte des résultats était une dimension importante de la qualité. Pour ce répondant, la gestion de la qualité pour l'organisation, c'est l'atteinte de résultats qui se confondent aux objectifs que l'on se fixe dès le départ. Cela suppose, encore une fois, une évaluation. Celle-ci permettra de faire un suivi de ce qui est fait. Le suivi ici peut consister en une amélioration continue tout simplement ou carrément à une rectification de tir, c'est-à-dire une correction d'erreurs relevées.

- La réactivité: Deux répondants ont souligné l'importance de cette dimension de la qualité. Pour eux, les clients s'attendent à ce que leur dignité et leur personne soient respectées. Alors, tout ce qui est fait devrait tenir compte de cela. À cet effet, nous avons pu consulter le code d'éthique du personnel dont la dernière révision a été adoptée en mars 2001. (Nous reviendrons en détails sur ce code dans la section suivante au niveau du bilan des activités à propos de l'orientation éthique de l'établissement dans la qualité voulue).

En définitive, cinq dimensions ont été valorisées par les répondants. Toutefois, les autres dimensions les autres dimensions ne sont pas ignorées, mais certaines d'elles sont appréhendées en rapport avec les cinq dimensions présentées plus haut.

1.2- Bilan sur les activités de gestion de la qualité au CRLD

Pour ce bilan, nous partirons du tableau 1 du cadre d'analyse pour voir ce qui est fait au CRLD du point de vue des quatre perspectives évoquées dans ledit tableau. Il faut préciser que ce bilan résulte des réponses des répondants et des documents internes, entre autres, le rapport d'agrément 2007, les rapports annuels 2007-2008 et 2008-2009 ainsi que le rapport d'activités 2008-2010 de la DRE.

1.2.1- Qualité attendue

1.2.1.1- Projet clinique

À l'instar de tous les organismes du réseau de la santé et des services sociaux, le projet clinique est au cœur du CRLD. L'organisation cherche constamment à mieux organiser ses services pour mieux répondre aux besoins de sa clientèle. La démarche d'une gestion intégrée de la qualité dans le contexte de notre stage se situe justement dans cette optique. En outre, comme l'ont

relevé la plupart des interviewés, tout le travail des services professionnels se situe également dans cette perspective.

1.2.1.2- Rapports et études

Au terme de chaque année d'exercice, un rapport d'activité est produit qui tient compte entre autres, de tous les travaux des différents comités, des différents services à la clientèle ainsi que des activités du Conseil d'administration. Ces rapports permettent de faire un bilan afin de dégager les faits saillants sur les points positifs et ceux encore à améliorer, ou mieux, sur ce qui a été fait et ce qui reste à faire. Par ailleurs, les services professionnels ainsi que la Direction de la recherche et de l'enseignement, élaborent des projets d'études sur des thèmes variés qu'ils réalisent et présentent les résultats. Il faut signaler que tous ces rapports et/ou études font référence à la qualité attendue par les clients, qui sont pour l'organisation, la priorité des priorités.

1.2.2- Qualité Voulue

1.2.2.1- Orientations stratégiques du code d'éthique

En mars 2001, le CRLD a révisé et adopté des orientations du code éthique dont l'organisation dispose depuis les années 1990. Ces orientations éthiques délimitent les principales pratiques et la conduite du personnel tout en guidant les actions et les décisions qui doivent se faire dans le respect des usagers. En outre, le code fait l'objet d'une «recherche d'amélioration continue, d'une démarche individuelle et collective dans le cadre d'un processus de réflexion sur les valeurs, de mobilisation de tout le personnel autour de ses valeurs d'harmonisation des droits des usagers, des conduites et pratiques attendues du personnel».

Le code éthique comprend vingt (20) articles subdivisés en trois sections. D'abord des articles présentant les définitions des termes utilisés dans les orientations, ensuite le cadre législatif

précisant les droits généraux de la clientèle. En dernier lieu les conduites attendues de la part du personnel sont énoncées par rapport au respect de la personne, à la propriété du client, à sa liberté d'action et d'opinion, au respect de son environnement, de sa sécurité, de sa qualité de vie et à l'accès aux services. (Source: CRLD, *Règlement #3. Code d'éthique du CRLD*, révisé les 18 juin 1995; 20 octobre 1999 et révisé et adopté le 15 mars 2001).

1.2.2.2- La sécurité des actifs informationnels

Depuis novembre 2006, le CA du CRLD a adopté une politique de sécurité des actifs informationnels. Dès lors, un cadre a été désigné pour veiller à l'élaboration et à l'application cette politique, avec la collaboration de tous les gestionnaires, en particulier celui qui est en charge du service informatique. Cette politique de sécurité de l'information oriente et détermine l'utilisation appropriée et sécuritaire de l'information et des technologies de l'information. Car le CRLD admet que l'information est essentielle à ses opérations courantes et, de ce fait, qu'elle doit faire l'objet d'une évaluation, d'une utilisation appropriée et d'une protection adéquate. (Réf. : CRLD, Code DG-PO-01, 2006-11-23 *: Politique de sécurité des actifs informationnels).*

1.2.3- Qualité perçue

1.2.3.1- La gestion des plaintes et des insatisfactions

Il existe au CRLD un commissariat responsable de l'examen des plaintes et des insatisfactions dont les sources varient en fonction des plaignants. Ce commissariat reçoit les plaintes, en constitue un dossier à traiter. En général, la durée du traitement est environ quarante-cinq (45) jours, durée moyenne impartie par la Loi sur la santé et les services sociaux. Toutefois, le commissariat peut prendre plus de temps si le traitement d'un dossier de plaintes le nécessite. Le

traitement de ces dossiers amène le plus souvent l'organisation à formuler des recommandations en vue d'amélioration de la qualité des services et le respect des droits des usagers.

À titre d'exemple, au cours de l'exercice 2007-2008, le commissariat a reçu quatre dossiers de plaintes dont les principales sources concernaient les soins et les services dispensés. Leur gestion à conduit à la formulation de quatorze (14) recommandations portant notamment sur l'élaboration et la révision des plans de services individualisés ainsi que des plans d'intervention. Elles portaient également sur des ajustements au plan administratif ainsi qu'au plan des activités professionnelles et sur l'amélioration de la continuité des services ou la communication avec l'entourage. (CRLD, *rapport annuel 2007-2008*)

1.2.3.2- L'appréciation de la satisfaction des clients et des partenaires

Cette appréciation s'est effectué une seule fois, en 2004, avec un sondage de satisfaction auprès des usagers. Le sondage dont le rapport a été rédigé en 2005, avait révélé un niveau élevé de la satisfaction des usagers, des familles et des représentants, comme nous l'avons dit dans l'introduction.

1.2.3.3- L'évaluation de la mobilisation des employés

Une réalisation concrète à citer ici est la mise en place, en 2009, d'un comité de mobilisation en vue de faire des propositions d'actions d'amélioration. L'institutionnalisation de ce comité intervenait à la suite de l'analyse des résultats d'un sondage de mobilisation du personnel réalisé la même année et à la suite de l'adoption par le comité de direction des principaux axes d'amélioration 2010-2015.

L'étude sur la mobilisation du personnel s'était déroulée à l'hiver 2009 dans l'établissement. Elle a permis de dresser un portrait fort révélateur concernant la satisfaction et la qualité de vie au

travail. Au total, 326 personnes avaient répondu au sondage distribué par le personnel d'encadrement, soit à 52 % du personnel. Les résultats de cette étude ont permis de proposer des pistes d'amélioration. Les résultats du sondage ont révélé que les relations entre les employés et leurs supérieurs immédiats sont empreintes de respect et d'équité. Ils ont en outre montré que le personnel dispose de l'autonomie nécessaire pour intervenir et que les tâches confiées correspondent aux compétences et permettent de mettre à profit les connaissances et habiletés de chacun. (CRLD, 2009, *Mobilisation*)

1.2.4- Qualité rendue

1.2.4.1- La gestion des risques

Le CRLD dispose de plusieurs éléments de la gestion des risques. Ceux qui sont revenus lors de notre étude, notamment des les rapports annuels, sont les suivants :

- une politique, une procédure et des formulaires à jour en gestion de risques;
- un comité de gestion des risques mis en place depuis mars 2004;
- un registre informatisé GESRISK pour la saisie et la compilation statistique des rapports d'incidents/accident;
- des sessions de formation continue sur la prestation sécuritaire des services, la déclaration, la divulgation et le suivi des accidents/incidents;
- des sessions de formation sur l'utilisation des mesures de contrôle pour tous les employés, gestionnaires et contractuels;
- des enquêtes internes de la DSPQ en collaboration avec les différentes directions de services aux usagers et à leur famille;

- production d'un document intitulé *gestion du risque suicidaire pour une prestation sécuritaire des services* en collaboration avec les psychologues de la DSPQ, dans le cadre de la prévention du suicide. (sources : CRLD, Rapports annuels 2007-2008 et 2008-2009).

1.2.4.2- La prévention des infections

La prévention des infections est l'une des préoccupations du CRLD. C'est la Direction des services professionnels et de la qualité (DSPQ) qui assume la responsabilité des mesures de contrôle et de prévention des infections au sein de l'établissement.

Dans un document de cette Direction intitulé : *procédures concernant la prévention et le contrôle des infections (*2006), il est établi les éléments essentiels à une démarche de prévention des risques d'infection ainsi que l'application des principes de précaution. Les modalités de déclaration d'une infection ainsi que le suivi administratif et clinique de telles situations y sont également définies. Le but est de réduire le risque de contagion, de contamination et d'infection chez les usagers, les intervenants et les personnes de leur entourage et de mettre place des moyens efficaces pour la prévention et le contrôle des infections. Il s'agit également de sensibiliser les acteurs (les intervenants, les usagers et leurs proches) à l'importance d'être vigilants dans l'application quotidienne des mesures de précaution universelles et d'établir en outre des mécanismes pour le signalement et le suivi des infections. (CRLD, Code SP-PR-42; 2006-9-21 : *Procédure concernant la prévention et le contrôle des infections*).

1.2.4.3- Les démarches d'agrément et d'accréditation

Un agrément a été décerné au CRLD par le conseil d'administration du CCASS en 2007 à la suite d'une visite dans l'établissement de cet organisme. Cet agrément avec suivi se présente sous la forme d'un rapport contenant un total de vingt-cinq (25) recommandations regroupées en différents thèmes qui sont : la réadaptation; le leadership et le partenariat; la gestion des

ressources humaines et la gestion de l'information. Des recommandations ont été émises autour de la plupart de ces thèmes. Les principaux points de ces recommandations sont : les commentaires sur les facteurs de risques; la dimension qualité en cause et la cote de risque. (CRLD, *Félicitations! Centre de réadaptation Lisette-Dupras. Agrément 2007*)

1.2.4.4- L'évaluation des activités cliniques et des pratiques professionnelles

Plusieurs activités recensées à ce niveau dont la plupart ont été réalisées par ou en soutien technique de la DRE. Nous retenons trois évaluations, tirées du *Rapport d'activités 2008-2010* de la *DRE*. Ce sont :

- L'évaluation du programme d'Intervention comportementale intensive auprès des enfants présentant un trouble envahissant du développement (ICI) ;
- L'évaluation normative et l'identification des indicateurs de qualité des équipes projets ;
- L'évaluation et le traitement de la stéréotypie chez les enfants qui présentent un trouble du développement. Cette dernière a été réalisée par un agent de la DSPQ dans le cadre d'un projet en 2009, visant entre autres à évaluer la préférence des enfants par rapport à différentes caractéristiques de la musique.

Par ailleurs, la fédération québécoise des CRDI-TED publie chaque année des indicateurs de gestion dont les professionnels se servent. En outre, il existe des normes cliniques et professionnelles qui régissent la vie des ordres professionnels. En effet, les intervenants, les psycho- éducateurs ou autre professionnels appartenant à des ordres se réfèrent au code de déontologie de leurs ordres respectifs.

OBSERVATIONS

En définitive, nous constatons que les activités de la qualité que nous avons identifiées au CRLD sont nombreuses, certes, mains ne couvrent pas toutes celles que nous avons énumérées dans le cadre d'analyse. Les activités priorisées par l'établissement semblent être imposées par l'environnement externe. Autrement dit, à notre avis l'établissement met plus l'accent seulement sur les activités obligatoires. Ainsi, nous n'avons pas identifié au CRLD les activités suivantes :

- dans la qualité attendue : le sondage populationnel, le forum de la population et les orientations ministérielles;

- dans la qualité voulue : des cadres normatifs, des normes administratives

- dans la qualité rendue : l'évaluation de programme, la reddition de compte, les suivis de gestion et les visites ministérielles.

Si ces activités de la qualité existent et ont échappé à notre vigilance lors l'étude, tant mieux. Mais dans l'hypothèse où elles n'existeraient pas, nous encourageons les responsables de l'établissement à prendre les mesures nécessaires en vue de leur réalisation pour le bien de ce dernier ainsi qui pour ses clients qui sont sa raison d'être.

1.2.5- Les attentes par rapport à l'intégration de la démarche

Presque tous les interviewés ont admis que le projet d'implantation d'une démarche de la gestion intégrée de la qualité est nécessaire au CRLD, mais à certaines conditions. Une des plus importantes est que ce projet se réalise concrètement. Car, ont-ils dit, ils auraient vu passer beaucoup de projets qui n'avaient pas d'aboutissement, du moins, pas à leur connaissance.

Ceux qui ont admis la nécessité du projet, à condition qu'il soit mis en application, ont évoqué plusieurs avantages de celui-ci.

1.2.5.1- Les avantages sont :

- La révision et l'amélioration continue de l'ensemble des façons de faire au CRLD pour que toutes les activités à tous les niveaux soient porteuses;
- l'évaluation, le contrôle et le suivi des différents projets;
- la responsabilisation du personnel qui n'est pas effective en ce moment;
- l'amélioration de communication, d'écoute de la part des gestionnaires;
- l'adaptation des services selon le besoin de chaque client;
- le développement et la maximisation de tout ce qui est fait;
- il aidera les différents responsables à développer de nouveaux projets et à être entendus par la haute direction;
- la GIQ aura des impacts positifs sur les usagers ainsi que sur les employés à tous les niveaux.

Par contre, une seule personne a jugé qu'un tel projet n'était pas nécessaire par ce qu'il s'agirait «de remplir un panier déjà trop plein» pour dire qu'il y a déjà trop de choses à faire au CRLD. À son avis, un projet GQ devrait correspondre à une vision, et aurait du succès s'il améliore réellement la qualité des services. Mais dans l'état actuel, ce projet ne serait pas une priorité. Cette personne craint en outre que le nouveau projet n'accorde pas une place importante au service à la clientèle.

1.2.5.2- Les obstacles potentiels

Les obstacles soulevés sont de deux types, selon que les répondants sont pour ou contre l'implantation de la démarche. En effet, ceux qui ont trouvé la nécessité d'une démarche de gestion de la qualité, si elle est mise en application, estiment que celle-ci aura comme obstacles éventuellement :

- Le temps et l'énergie qu'il faut déployer : il faut au préalable l'effort de démarrer la démarche, de motiver les gens etc. Il faut du temps pour ça. «Mais au bout du fil, les résultats seront certainement satisfaisants», déclarait un interviewé.

- La non- adhésion des employés, autrement dit, la résistance : Si les employés ne sont bien préparés avant l'implantation du projet, il est possible que ceux-ci n'en accordent aucune importance et qu'ils le rejettent en bloc.

- Perception du personnel vis-à-vis du projet : Certains seront tentés de considérer qu'il s'agit d'une «affaire décousue», d'une surcharge et de douter quelle n'atteigne son but d'améliorer la qualité des services réellement;

- Le manque de moyens financiers : offrir des services personnalisés, autrement dit, spécialisés et adaptés au besoin strict de chaque client demande des ressources financières considérables. Il n'est pas évident que l'établissement dispose de ces moyens financiers.

- Réticence possible des cadres intermédiaires et des personnels : Certains gestionnaires se sentent confortables avec la situation actuelle de l'organisation. Alors, ceux-ci se sentiront menacés par l'introduction d'un programme comme celui-ci, par crainte de se voir perturber dans leur confort, si ce n'est de perdre leur poste.

- Le choc culturel : Ce projet va bouleverser la culture actuellement en place qui est de rendre autant de services que possibles, peu importe s'ils sont de qualité ou non ou de valoriser les employés et les usagers.

- Les problèmes de la communication entre la haute direction, les cadres, les cadres intermédiaires et la base : « Actuellement, nous avons l'impression que chacun reçoit d'information à sa manière, et parfois la base ne la reçoit pas exactement comme la haute direction l'a donnée. En outre, dans la même direction, parfois, l'information donnée par le gestionnaire n'est pas la même d'un employé à l'autre : Exemple, un employé reçoit une

consigne d'une tâche à faire pour une équipe et une autre personne reçoit une autre consigne pour la même équipe à la même période». Tel a été le discours d'un répondant.

- L'absence de suivi;

- L'absence de méthodes : l'implantation du nouveau programme n'aboutira pas s'il n'y a aucune méthode, aucune organisation adéquate dans ses activités.

Remarque : Ces obstacles concernent beaucoup plus la gestion de la qualité en tant que tel plutôt que l'implantation d'une démarche de la qualité.

Conclusion

En définitive, les interviewés s'accordent, dans leur grande majorité, à reconnaître la nécessité d'implanter un modèle de gestion intégrée de la qualité, pourvue que le projet soit concrètement réalisé. Car, malgré un nombre important d'obstacles qui pourraient nuire à un tel projet, il présente en revanche des avantages incalculables. Une seule personne n'en voit pas la nécessité estimant qu'il existe déjà plusieurs projets à réaliser et à l'opposé une autre va au-delà de la simple nécessité pour parler d'impérative ou de l'urgence du projet.

1.3- La mesure de la qualité

Dans le cadre de la mesure de la qualité, nous nous illustrons par l'exemple d'un CRDI visité[15]. Selon notre interlocuteur à cet endroit, c'est à partir d'un tableau de bord (dont le contenu nous a été présentés en PowerPoint), que les gestionnaires mesurent la qualité et font le suivi de leurs activités. C'est ainsi qu'ils sont capable de se rendre compte de l'atteinte ou non des objectifs de l'organisation et donc de prendre des décisions qui s'imposent. Les indicateurs, classés dans la triade structure, processus et résultats, correspondent à différents cadrans ou catégories. Chaque cadran ou catégorie indique la cible et le mode de ventilation pour ses indicateurs.

[15] Nous préférons taire le nom pour respecter la confidentialité.

1.3.1- Les indicateurs de la structure

Ils concernent le cadran du suivi des ressources non-institutionnelles (RNI) sont :

- % de places disponibles;
- Nombre de ressources;
- Nombre de places au permis;
- Nombre de places occupées;
- Nombre d'usagers du CRDI en RNI;

La cible est le % de places disponibles qui ne devrait pas dépasser 10%. La ventilation est faite par mois et par type de ressources.

1.3.2- Les indicateurs du processus

Les indicateurs du processus permettent de mesurer le processus de prise en charge d'un usager. Ce processus est marqué par au moins quatre (4) étapes avec chaque client potentiel pour mieux cerner ses besoins avant de le prendre en charge. Les étapes correspondent aux différentes rencontres avec le client pour évaluer son besoin et l'accepter.

Les indicateurs de processus traitent du suivi des activités cliniques au programme santé mentale sont :

- % d'usagers pour qui l'étape 1 est réalisée;
- % d'usagers pour qui l'étape 2 est réalisée;
- % d'usagers pour qui l'étape 3 est réalisée;
- % d'usagers pour qui l'étape 4 est réalisée;
- Nombre de rencontres directes avec l'usager;
- Nombre de rencontres indirectes ;
- Durée des rencontres directes;
- Durée des rencontres indirectes;

- Lieu des rencontres directes avec l'usager.

Il faut signaler que la cible pour les étapes du processus d'intervention est de >90%. En d'autres termes, l'établissement se donne au moins 90% pour réaliser les 4 étapes. S'agissant des rencontres, il faut au moins 2 à 7 rencontres à chaque période de rencontre et la majorité des rencontres sont directes. Par ailleurs, ces indicateurs sont ventilés par période et par équipe.

1.3.2- Les indicateurs de résultats

Ceux qui sont présentés ici concernent :

- **Le cadran statistiques de la clientèle**

- Nombre de personnes en attente;
- Nombre de personnes en AEO (accueil, évaluation, orientation);
- Nombre d'usagers ayant quitté;
- Nombre de nouvelles demandes;
- Nombre d'inscription;
- Nombre d'usagers en service à la fin de la période.

Ces nombres sont évalués par période, par équipe et par groupe d'âge, la cible étant le pourcentage de personne en attente inférieur à 7,91.

- **Le cadran suivi budgétaire**

Il s'agit ici de vérifier l'écart entre les budgets prévu et réel. Cet écart devrait être de 0 et ventilé par période, par services et par équipe.

- **Le cadran suivi de l'appréciation des employés**

Ici l'on cherche à mesurer le degré de satisfaction. Un seul indicateur est pris en compte :

Le % global de satisfaction. Celui-ci doit être >70%. Il est ventilé par question.

- **Le cadran suivi des questionnaires de satisfaction des formations**

Un seul indicateur est également valorisé : le % global de satisfaction qui doit être >80%. Il est ventilé par thème de formation, par titre d'emploi, par formation et par question.

Pour finir, signalons que ces indicateurs sont basés sur des données probantes.

CHAPITRE 2 : RECOMMANDATIONS

Dans le chapitre recommandations, nous présenterons dans un premier temps une proposition d'instrumentation de la démarche d'implantation d'une GIQ, les différentes étapes de la démarche (la planification, l'expérimentation, la mesure et l'ajustement) et enfin les conditions de réussite.

2.1- Le guide d'instrumentation de la démarche

2.1.1 – La structure du processus/procédure

Il serait difficile, voire impossible, d'envisager un processus de qualité sans structure de support qui puisse coordonner et soutenir ce processus. C'est pourquoi nous estimons que c'est la première étape pour l'établissement s'il veut réussir à implanter le modèle qu'il a retenu. C'est cette structure qui pourra «impulser, accompagner, coordonner et déployer la démarche » (ANAES, 2002, p.38).

2.1.2.- La structure de pilotage

La structure de pilotage a une vocation politique et stratégique. Elle devra être constituée dès le début de la démarche d'implantation. Comme chargée de piloter la démarche, elle aura pour mission, de déterminer et de valider les objectifs à atteindre grâce à la démarche qualité tout en définissant les priorités et en orientant la démarche. Elle devra en outre s'assurer de la cohérence

entre ces objectifs et les actions menées en validant les travaux accomplis. C'est encore la structure de pilotage qui devra aussi soutenir la démarche en veillant à la formation des acteurs ainsi qu'en procurant les moyens à l'ensemble des projets déterminés. Cette structure prendra aussi des décisions nécessaires à l'avancement du projet global pour s'assurer enfin de la mise en œuvre des actions de communication nécessaires tout au long de la démarche.

Par ailleurs, la structure de pilotage pourra être un comité de pilotage comprenant des structures décisionnelles et consultatives du CRLD ainsi que d'autres structures plus spécialisées concernées par la démarche qualité (tel que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, le comité de vigilance et de la qualité, celui de la gestion des risques et de la qualité, les Directions des Services professionnels. Il est fort souhaité que ce comité de pilotage comporte une représentation multiprofessionnelle et multidisciplinaire et le nombre de membres qui le composeront sera déterminé en fonction des missions à conduire, ceci dans le souci d'efficacité.

2.1.3-La structure opérationnelle de coordination.

Dès qu'une structure de pilotage sera mise en place au début de l'initiation de la démarche, une coordination opérationnelle deviendra indispensable au fur et à mesure qu'on avancera dans la démarche. Cette structure aura pour rôle d'assurer la coordination, l'animation ainsi que la gestion de la démarche en apportant son soutien méthodologique, et en préparant les travaux du comité de pilotage. En outre, c'est la structure opérationnelle qui organisera l'information ascendante des projets vers le comité de pilotage.

Pour la bonne marche de cette structure; elle devra comprendre au moins un gestionnaire, un spécialiste en réadaptation; des méthodes et des outils de la qualité. Elle devra disposer d'un secrétariat et son responsable devra être directement rattaché à la Direction générale de l'établissement.

2.1.4- Le groupe de projet

Selon l'ANAES, la démarche qualité d'un établissement de santé et des services sociaux conduit à mettre en place des groupes de projets pour conduire des actions sur des thèmes ciblés correspondant aux priorités définies par la structure de pilotage. Ainsi au CRLD, deux à trois groupes de projets pourront être mis en place. Chacun de ces groupes conduira les différentes étapes de la démarche sur un thème défini et tiré du modèle retenu afin de répondre aux objectifs fixés par le comité de pilotage en respectant les limites du projet. Le groupe de projet fera des propositions qui seront validées par le comité de pilotage. Il pourra faire appel à des experts extérieurs au groupe pour une expertise complémentaire ou pour prendre en compte des interfaces avec d'autres processus. Il procédera aux travaux d'analyse du processus, d'identification des dysfonctionnements, proposera des actions d'amélioration et assurera leur mise en œuvre.

Par ailleurs, si le responsable du projet conduit le projet en ayant pour rôle principal de respecter les objectifs, les étapes de la méthode ainsi que les délais prévus, les membres du projet, (six (6) à dix (10) membres), devront tous s'impliquer dans le processus étudié afin que celui-ci soit analysé dans sa globalité. C'est pourquoi d'ailleurs ces membres devront être choisis volontairement, sur la base de leur motivation et de leur provenance multiprofessionnelle.

Enfin, une formation des membres de groupe de projet pourra être dispensée sous forme de formation-action. Celle-ci portera sur les méthodes et les outils de la qualité, les méthodes de gestion de projet et d'animation de groupe nécessaires à la conduite du projet. À cet effet, une aide méthodologique pourra être réalisée par des personnes internes ou externes à l'établissement qui devront assurer un transfert de compétences vers les membres du groupe de projet dans le but de permettre au projet d'avancer et de produire des résultats satisfaisants.

2.2- Les étapes de la démarche : le cycle d'amélioration continue

Le CRLD a opté pour un modèle de gestion intégrée de la qualité, rappelons-le, celui de l'AQESSS. Ce modèle serait l'unique portant l'appellation de Gestion intégrée de la qualité en santé et serait conforme à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En outre, il satisfait les exigences des organismes d'agréments et a été adopté par l'ensemble des membres de l'Association. C'est enfin le modèle dont la souplesse ne nécessite pas la refonte de la structure organisationnelle. Comme le note si bien le Plan d'organisation et Plan stratégique du CRDI-Gabrielle Major, la démarche de la qualité suit un cycle continu d'apprentissage et d'amélioration dont le point de départ et le pont d'arrivée demeurent toujours la satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle. Ce cycle d'amélioration comporte quatre étapes répétées en boucle et chacune devant être adaptée à la clientèle visée. Il s'agit de planifier, d'expérimenter, de mesurer, et de justifier

2.2.1- La planification

C'est d'emblée l'étape primordiale parce qu'avant toute chose, il importe d'abord de planifier avec précision des actions à conduire pour atteindre des objectifs qu'il faut aussi déterminer dès le départ. À cette première étape, la question principale est la suivante : «*Que voulons-nous faire?*».

Il s'agit de fixer le planning, d'indiquer les secteurs d'activités concernés, de définir le responsable de chaque action, de prévoir un échelon de validation des propositions faites et de déterminer l'évaluation à conduire pour apprécier la réussite des actions. Les équipes d'amélioration de la qualité utilisent alors les informations concernant les attentes et les besoins des clients (qualité attendue), les travaux d'amélioration en cours dans les différentes équipes ainsi que les données en provenance du processus d'agrément et les différents référentiels, tels

que les normes cliniques, administratives et professionnelles (qualité voulue). Ces informations permettent de définir les priorités d'amélioration, autrement dit les objectifs ciblés, les moyens ou les stratégies à mettre en place pour améliorer la qualité des soins ou des services, les indicateurs pouvant servir à évaluer les résultats prévus et enfin le responsable de chacune des actions privilégiées ainsi que l'échéancier de leur réalisation.

Mazouz et Leclerc (2008) présentent cette étape en trois (3) phases. Dans un premier temps, il importe de faire un inventaire, de choisir, de localiser et définir le problème correctement. Ainsi, il faudra organiser des séances de brainstorming (remue-méninge) dans le but de produire dans les plus brefs délais à l'aide de facilitation, le plus grand nombre d'idées sur le thème de la qualité. Le remue-méninge favorise la créativité des participants, en même temps qu'il suscite l'émergence d'idées nouvelles. Parmi les problèmes que le groupe (de projet) aura décelés, les coéquipiers s'attarderont sur celui qui leur semble porter préjudice à l'image de l'organisation. Ils le feront à l'aide de méthodes efficaces tel que le bloc-diagramme (dont l'objectif est de présenter un cadre réel en simplifiant les éléments de détail pour mieux mettre en avant les lignes de forces, les enjeux et les spécificités). La deuxième phase est la collecte des informations sur le ou les problèmes identifiés. Cette phase vise à obtenir le plus d'informations possibles sur les symptômes du problème par l'équipe. L'outil principal à cet effet est la méthode de résolution par sept (7) questions qui sont :

- «Quoi?» : que veut-on faire?
- «Qui?» : qui va le faire?, qui est concerné par la mise en œuvre de la solution? Qui va subir le changement?...
- «Où?» : En quel lieu, sur quelle machine ou dans quel secteur l'action va-t-elle être menée?...
- «Quand?» : à quel moment le plan sera-t-il mis en œuvre? Après quelle autorisation peut-on commencer?...

- «Comment?» : De quelle façon va-t-on procéder pour être le plus efficace possible?...

- «Combien?» : Quel gain va-t-on obtenir? …

- «Pourquoi?» : La réponse à cette interrogation est indispensable pour vérifier toutes les hypothèses et être convaincu que le plan proposé est réaliste.

En troisième lieu, le problème correctement cerné, les informations le concernant recueillies, il faut à présent déterminer les causes du dysfonctionnement. Là encore, le remue-méninge permettra de produire à très court terme le plus grand nombre d'idées pour pouvoir identifier les causes du dysfonctionnement reconnu. Mazouz et Leclerc proposent à ce niveau de se servir du diagramme cause/effet (encore appelé diagramme d'Ishikawa du nom de son concepteur Koaru Ishikawa, 1985). À cet égard, les membres du groupe procéderont à une recherche systématique des causes conduisant à un effet donné. Le principe de ce diagramme consiste à associer à des familles et à des sous-familles de causes les motifs de l'effet constaté.

Enfin, il faut procéder à la recherche et au choix de solution appropriée. Une solution durable et à un coût raisonnable nécessite l'utilisation d'un moyen efficace facilitant la prise de décisions à l'échelle des opérations quotidiennes de l'organisation. Un des outils de recherche et du choix de solution appropriée est le diagramme de suggestions dont le tableau suivant est une illustration éloquente.

Fig. 2: Diagramme de solutions par suggestion[16]:

Exemple : Savoir si le personnel des différentes directions de l'établissement connait le modèle de gestion intégrée de la qualité retenu par le CRLD.

Sous-causes (remue-méninges)	**Solutions prévues (Remue-méninge)**
Absence d'information (de la part du gestionnaire par exemple)	1-..... 2-.....
Disponible au service de la documentation	1-..... 2-.....
Urgence de régler certains problèmes plus pressants	1-..... 2-.....
Prendre connaissance des prochains dossiers	1-..... 2-.....
Et....	

Adaptation de J. Leclerc, 1992, ENAP

2.2.2- L'expérimentation

Après la planification se pose la question épineuse d'expérimentation : «De quelle façon faut-il faire ce qui est planifié?». D'où «la mise en œuvre des actions planifiées», au cours de laquelle le plan d'amélioration est exécuté. Ici, le chef de l'équipe de planification joue un rôle important,

[16] Adapté de J. Leclerc, 1995 in Bachir Mazouz, Jean Leclerc avec la collaboration Marcel J.B. Tardif, 2008. *La gestion intégrée par résultats. Concevoir et gérer autrement la performance dans l'administration publique*. P.291

car il doit veiller à la réalisation du plan d'amélioration en pratiquant une évaluation régulière de son suivi. Il apporte le soutien nécessaire aux responsables désignés pour la mise en action des moyens d'amélioration sélectionnés.

2.2.3- La mesure

Étant donné qu'on ne peut envisager la qualité sans mesure, l'indicateur peut être utilisé pour connaître le niveau de qualité initial d'un processus; pour déterminer des objectifs quantifiés; pour vérifier que ces objectifs sont atteints en mesurant l'efficacité des solutions mises en œuvre sous la forme de plans d'actions ou encore pour suivre dans le temps le maintien des résultats obtenus, c'est-à-dire vérifier la pérennité des changements. Et puisque nous nous trouvons dans le domaine de la santé, l'indicateur peut également être rattaché aux différentes dimensions de la qualité de la prise en charge des clients/usagers telles que l'efficacité, l'efficience, la sécurité, la disponibilité, l'accessibilité, l'équité, la performance et le confort entre autres. À ce propos, nous suggérons de se rapporter au point trois du premier chapitre des résultats. Ce point en effet présente un exemple concret d'indicateurs de mesure identifiés ailleurs.

2.2.4- L'ajustement

Après un parcours de travail réalisé, il faut faire un point de situation pour s'assurer de conduire les activités vers la réalisation des objectifs fixés dès le départ. D'où la question «Que pense-t-on de ce que nous sommes en train de faire?» afin de corriger éventuellement le tir en fonction justement des résultats en adoptant les changements dans le cas où les résultats sont positifs.

L'AQESSS propose trois possibilités après l'évaluation des résultats à cette phase. D'abord, reprendre le cycle en modifiant certains éléments du plan d'action initial dans le but de maximiser les résultats obtenus. Ensuite, adopter le changement parce que les résultats obtenus s'avèrent positifs. La troisième et dernière possibilité, abandonner l'expérience en cas de constat

d'échec et rechercher de nouvelles pistes d'amélioration (Réflexion sur la qualité des services de santé et de services sociaux et sur sa gestion, 2006).

Il faut noter que si les objectifs sont atteints et que les améliorations obtenues peuvent être confirmées par les indicateurs, c'est le moment de les rendre permanents ou de les étendre (ANAES, 2002). Ceci exige la réalisation des tâches telles que :

- La rédaction d'une procédure ou d'une communication décrivant la nouvelle façon de réaliser l'activité;
- La formation du personnel;
- Le rôle d'encadrement devant créer un environnement de travail propice au respect des procédures, il faudra s'assurer de la présence de ce respect et analyser les difficultés qui peuvent survenir face au changement;
- Faire un suivi des indicateurs;
- Réaliser des audits

2.3- Quelques facteurs de réussite pour une gestion intégrée de la qualité

La gestion intégrée de la qualité ne peut s'effectuer sans un minimum de conditions. En s'inspirant de l'AQESSS (2009) ainsi que de l'ANAES (2002), nous en soulignons ici les facteurs les plus importants.

2.3.1- L'investissement dans une culture de la qualité

Comme le note si bien l'AQESSS, les plus grandes avancées pour un établissement de santé et de services sociaux passent par le développement d'une culture de la qualité. Le changement de culture organisationnelle est un travail à long terme dans la mesure où plusieurs années sont nécessaires pour qu'un réel changement culturel se produise.

2.3.2- La culture de la qualité

La culture de la qualité peut se définir comme l'ensemble des valeurs, attitudes, perceptions, compétences et normes de comportements individuels et collectifs que partagent les membres d'une même organisation et qui déterminent l'engagement, le style et la capacité de gestion de la qualité et de la sécurité dans l'organisation[17].L'émergence d'une telle culture est facilitée par un certain nombre d'attitudes et comportements.

En premier lieu, nous citerons *l'écoute des clients et la demande de leur participation*. En effet, toute culture de la qualité passe d'abord par la satisfaction des besoins et des attentes des clients ou de ceux qui leur sont proches, étant donné que le client reste la raison d'être de cette recherche de la qualité. Les informations concernant la satisfaction des clients peuvent être recueillies à travers le sondage; la gestion des plaintes, le comité des usagers.

Deuxièmement, *l'adoption d'une démarche participative et de travail d'équipe,* dont le point de départ réside dans la conviction que tous sont concernés par la qualité. La prise de décision concernant les conditions à apporter doit être «la plus décentralisée possible». En d'autres termes, il s'agit de personnes vivant les situations problématiques ou pouvant avoir un impact sur l'amélioration d'une situation qui sont les mieux placées pour identifier les solutions.

Autres attitudes et comportements à signaler ici, c'est *l'évaluation du travail et la remise en question de soi*. L'évaluation du travail permet entre autres d'instaurer un dialogue objectif entre les différents professionnels, de distinguer entre les faits, les opinions et les préjugés. Elle permet en outre de prendre une décision à partir d'éléments factuels et de mettre en contexte des changements.

[17] Guide de l'AQESSS, p.22

Par ailleurs, *l'investissement dans une culture de qualité nécessite une communication fluide afin de partager le sens de la démarche et des besoins d'amélioration et de diffuser des idées*. C'est aussi une communication fluide qui va permettre de faire connaître régulièrement les résultats de la démarche entreprise et de valoriser les différents acteurs qui ont participé aux différents projets d'amélioration de la qualité. Elle permet également de stimuler et d'encourager l'adhésion et l'implication de tous les intervenants en plus de susciter le sentiment d'appartenance envers l'organisation.

Une stratégie de communication devra permettre de définir le niveau d'information qui sera donnée à chaque acteur pour qu'il puisse s'approprier la démarche. Il s'agit de déterminer ce qui est essentiel pour chacun afin d'être crédible et efficace.

2.3.3- Les stratégies et les actions pour développer une culture de la qualité

Les stratégies et les actions pouvant amener un établissement vers une culture de la qualité sont multiples. En voici quelques-unes[18]:

- Exprimer clairement les attentes envers les comportements à adopter en matière de qualité et de sécurité;
- Inscrire la culture de la qualité et de la sécurité dans la vision des dirigeants de l'organisation;
- Faire connaître le leadership et l'engagement des dirigeants et des administrateurs en impliquant le personnel concerné;
- Amener l'organisation à accepter des stratégies à long terme à tous les niveaux;
- Communiquer l'importance de la contribution de chaque employé dans le développement de la qualité et de la sécurité;
- Renforcer l'engagement individuel et de l'équipe envers la qualité;

[18] Adapté de Baskin et Shortell (1995)

- Impliquer les personnes près des services : gestionnaires de premier niveau et l'ensemble des cliniciens, incluant les intervenants sociaux ainsi que les employés de soutien;

- Créer un environnement favorable à l'apprentissage pour partager les enseignements tirés des situations et d'expériences puis les diffuser au sein de l'organisation.

Le tableau suivant montre que le développement d'une culture de la qualité passe par une évolution des croyances, attitudes, valeurs et comportements.

Fig. 3 : Vers une culture de la qualité

CROYANCES	Le client n'a pas la compétence voulue pour évaluer la qualité du service.	Le point de vue du client est important et fait partie de la qualité du service.
	La qualité ne se mesure pas.	Plusieurs indicateurs peuvent témoigner de l'amélioration de la qualité.
	Il ne sert à rien de proposer de nouvelles choses.	L'expression des idées est bénéfique pour l'organisation
	L'amélioration de la qualité coûte cher.	L'amélioration de la qualité est un investissement et non une dépense.
ATTITUDES	L'amélioration de la qualité c'est l'affaire de la direction de la qualité et des personnes qui participent aux comités sur le sujet.	Agir ensemble est le leitmotiv de chacun pour améliorer ce que nous faisons.
	La qualité technique de l'acte clinique demeure ce qui compte vraiment, un comportement relationnel inapproprié a une importance secondaire.	La volonté est de s'améliorer tant pour la qualité technique de l'acte clinique que pour la qualité de ses aspects relationnels.
	Nous n'avons pas le temps pour améliorer la qualité.	Nous améliorons la qualité dans nos gestes au quotidien.
	La prise de décision est centrale.	Chacun possède un espace de décision et un pouvoir d'agir selon ses fonctions et ses responsabilités (Empowerment).
VALEURS PARTAGÉES	Le maintien des approches traditionnelles sans intérêt de revoir les façons de faire.	Le désir d'apprendre, la capacité à se remettre en question, l'innovation sont recherchées.

NORMES DE COMPORTEMENTS	Le travail en silo entre les différentes disciplines	Le travail d'équipe.
	Prédominances des rivalités et des comportements d'opposition	Sentiment d'appartenance au groupe
	Absence de rétroaction	Les bons coups sont mis en valeur et partagés avec tous.

2.3.4- La dimension sécurité de la culture de la qualité

Dimension incontournable de la qualité, la dimension sécurité doit faire l'objet d'un engagement de la part de l'établissement par la prestation sécuritaire des services. Pour cela, il existe différents outils pour déterminer dans quelle mesure une culture axée sur la sécurité est présente dans l'organisation et les actions nécessaires pour l'améliorer. Un sondage développé par Agrément canada fournit par exemple des renseignements concernant des perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des patients ainsi qu'une indication des points forts et des possibilités d'amélioration.

Comme on le voit dans le tableau suivant, l'évolution d'une culture axée sur le blâme vers une culture axée sur la sécurité passe par des changements dans les croyances, les attitudes, les valeurs et les comportements.

Fig.4 : Passage d'une culture axée sur le blâme à une culture axée sur la sécurité

CULTURE AXÉE SUR LE BLÂME	CULTURE AXÉE SUR LA SÉCURITÉ	
Les erreurs proviennent de personnes incompétentes, insouciantes, téméraires et négligentes	Les erreurs sont inhérentes à la condition humaine; plusieurs facteurs peuvent expliquer les causes d'évènements indésirables : des facteurs liés au client, à la tâche, à l'individu impliqué, à l'équipe, au lieu de travail ou encore des facteurs liés à l'organisation (MSSS, 2006)	**CROYANCES**
Lors d'évènements indésirables, il y a toujours un coupable	Dans notre milieu de travail, nous pouvons communiquer les erreurs, incidents et accidents sans risque de représailles	
Punir les individus fautifs améliore la sécurité des patients	Des actions sur plusieurs facteurs peuvent corriger des situations non sécuritaires pour le client	
Les personnes en autorité sont vues comme étant celles «qui cherchent les coupables». Il existe une peur des représailles.	Les employés savent qu'ils peuvent obtenir du soutien lorsqu'ils sont impliqués dans un évènement indésirable.	**ATTITUDES**
Les erreurs ne peuvent être tolérées.	Les erreurs font partie de la réalité.	**VALEURS PARTAGÉES**
Nous tentons de garder sous silence les erreurs commises par nous-mêmes ou par les autres. Nous avons développé des réactions de défense.	Nous tentons d'apprendre de nos erreurs et de celles des autres afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent. Nous pratiquons la rétroaction constructive.	**NORMES COMPORTE-MENTS**

Source : AQESS, 2009 : ***Guide de la gestion intégrée de la qualité***, Page 29

Il faut souligner que ces dernières années, la notion de «culture juste» a par ailleurs émergé dans le discours sur la sécurité par les spécialistes de la question. Cette notion apparaît comme une nouvelle voie d'amélioration de la culture axée sur la sécurité. Elle se situe entre la culture de la sanction et la culture non punitive. Il a été observé que, parfois, une culture axée sur la sécurité se transforme en culture de l'immunité, cette dernière aboutit à ignorer d'éventuels aspects disciplinaires graves.

2.3.5- Une gouvernance optimale et un leadership mobilisateur

2.3.5.1- La Gouvernance

L'exercice de la bonne gouvernance en matière de qualité peut être considéré comme une responsabilité partagée par quatre groupes d'acteurs. Il s'agit du ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences régionales; du conseil d'administration de l'établissement; de la direction de l'établissement et du personnel y compris les médecins et les intervenants sociaux. En effet, dans le système de gouvernance, la population et les acteurs externes influencent les acteurs de la gouvernance. D'abord, chacun des acteurs entretient des contacts avec la population et doit être à l'écoute des besoins et attentes de celle-ci. Ces mêmes acteurs sont influencés par des organismes externes tels que le commissaire au bien-être, les associations qui représentent les usagers, les organismes d'agrément, les ordres professionnels entre autres.

2.3.5.2- Les fonctions de la gouvernance

Elles sont au nombre de cinq (5)[19]. La gouvernance est considérée optimale lorsque chaque groupe d'acteurs les utilise en cohérence, les uns avec les autres.

[19] Ces cinq fonctions sont similaires à celles identifiées par Agrément Canada. Elles sont tirées du Guide de l'AQESSS qui les a adaptées afin qu'elles soient facilement transposées dans un contexte de normes pour un établissement de santé et de services sociaux plutôt que pour l'ensemble des acteurs faisant partie de la gouvernance

Fig. 5 : Les fonctions de la gouvernance en matière de qualité et de sécurité.

FONCTION	DESCRIPTION
L'élaboration de la mission, la vision et les valeurs	Définir clairement l'orientation de l'organisation et l'élaboration de sa raison d'être ainsi que sa vision à long terme La qualité et la sécurité font partie de l'orientation stratégique de l'organisme et des documents, tels que ceux concernant la planification stratégique doivent en témoigner et être diffusés aux personnes qui œuvrent ans l'organisation
La collecte et l'utilisation de connaissances et d'information	Comprend la collecte et la production de connaissances, l'évaluation des besoins en matière d'information, la pertinence de l'information disponible de même que la diffusion de l'information au sein de l'organisation.
L'instrumentation et les ressources	Ensemble de moyens (exemples : système d'appréciation de la performance, indicateurs d'utilisation des ressources, analyse des besoins de la population, mesures incitatives, politiques et règles diverses) au sein d'une organisation pour assurer l'atteinte de ses buts 9mission et vision). Les ressources disponibles sont aussi un enjeu fondamental pour la gouvernance. Car il est difficile d'exiger d'une organisation l'atteinte de certains objectifs si la base de ressources est trop déficiente.
La gestion des relations avec les partenaires	Fait référence à l'attention que les instances gouvernantes accordent aux différentes parties prenantes. Autrement dit, aux individus, groupes ou organisations qui sont particulièrement concernés par le devenir de l'organisation et qui peuvent influencer sa performance et sa légitimité.
Le contrôle et le suivi (La reddition de comptes)	Représente la capacité d'une organisation à évaluer dans quelle mesure elle atteint ses buts et, par conséquent, sa capacité d'opérer les ajustements requis. Cette fonction est soutenue par les quatre (4) fonctions de la gouvernance susmentionnées. La fonction contrôle et suivi concorde avec l'accent mis sur la reddition de comptes dans les travaux normatifs sur la gouvernance.

Source : AQESS, 2009. *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, p.32

2.3.5.3- Le partage des responsabilités entre les acteurs de la gouvernance

Les acteurs de la gouvernance ont souvent recours aux cinq (5) fonctions que nous venons de voir. Ils détiennent également diverses responsabilités selon leur rôle. Ainsi :

- **Le Ministère de la Santé et des Services sociaux** a pour rôle notamment de donner les grandes orientations et les priorités en matière de santé et de services sociaux. En spécifiant le rôle du ministre, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) détermine aussi celui du MSSS.

- **Le Conseil d'administration de l'établissement et son comité de vigilance et de la qualité :** Second acteur après le MSSS et les agences de santé et des services sociaux, le conseil d'administration établit les priorités et les orientations de tout établissement qu'il administre et voit à leur respect. Il est responsable du pilotage stratégique qui consiste à guider, accompagner, conseiller et orienter (AQESSS et al. 2007). Quant au comité de vigilance et de la qualité, deux principaux mandats lui sont assignés. D'une part, il assure, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées. Le second mandat est de coordonner l'ensemble des activités, en matière de qualité, des autres instances mises en place au sein de l'établissement.

- **Le directeur général et son équipe de direction** : C'est le premier qui assume le rôle de leader de la qualité de l'établissement. Ses responsabilités sont à deux niveaux. D'une part vis-à-vis de l'organisation : il faut promouvoir les orientations et les valeurs de l'établissement en matière de qualité des soins et de sécurité de la clientèle. Il faut également assumer un leadership fort auprès de son équipe de direction ou encore formuler clairement ses attentes en matière de qualité et de sécurité et s'assurer de leur mise en œuvre. D'autre part vis-à-vis du conseil d'administration : être le fondé de pouvoir du conseil d'administration, assurer une reddition de

comptes sur les cibles d'amélioration fixées et fournir au conseil d'administration les informations dont il a besoin pour assumer ses responsabilités à l'égard de la qualité et la sécurité; s'assurer de l'exécution des décisions du conseil d'administration et être le lien entre le conseil d'administration et les instances internes en matière de la qualité et de sécurité. Pour leur part, les membres de l'équipe de direction assument un rôle similaire dans leur champ de responsabilité. Ils véhiculent auprès de leurs équipes ce qui est attendu en matière de qualité, font promotion des orientations et des valeurs de l'établissement et s'assurent de l'atteinte des cibles d'amélioration.

- Le personnel et les professionnels en DI : Instaurer une gouvernance optimale pour relever le défi de l'amélioration de la qualité des services suppose la reconnaissance de l'interdépendance entre le personnel de soutien ou administratif, les cadres et les professionnels (intervenants), d'une part, et les autres groupes d'acteurs de la gouvernance, d'autre part. En effet, la prise de décision concernant les améliorations à apporter en matière de qualité et de sécurité se doit d'être la plus décentralisée possible. Chacun est responsable de son champ d'activité, qu'il soit préposé à l'entretien dans un couloir ou intervenant dans une résidence.

- L'influence de la population et des acteurs externes : En matière de qualité et de sécurité, les acteurs de la gouvernance sont également influencés par les attentes et les pressions de la population. De même, des acteurs (tels que des organismes d'agrément, des ordres professionnels, etc.) influencent la gouvernance dans l'exercice de leurs fonctions, soit l'inspection, l'agrément ou l'enquête. Certains par leurs fonctions de vigie aident les différents acteurs de l'établissement concernés à poser un regard critique sur leurs activités. D'autres organismes par exemple génèrent en plus des normes et des standards qui incitent les organisations à tendre vers la recherche de l'excellence et de pratiques exemplaires.

2.3.6- Le leadership

Le leadership dans les établissements de santé et de services sociaux existe dans plusieurs sphères au sein de l'organisation. Il y a certes le leadership formel du conseil d'administration, du directeur général et de son équipe de direction, mais aussi le leadership existant dans les rangs des intervenants spécialistes tels que les psychoéducateurs ou des ergothérapeutes. Par ailleurs, le leadership transformationnel, orienté vers la planification de changements futurs tout en veillant à assurer des périodes de stabilité, serait le style de leadership le plus performant en matière de qualité et de sécurité d'après plusieurs auteurs. Ces leaders transformationnels (ceux qui transforment les suiveurs en transformant leurs valeurs et leurs croyances. En d'autres termes, les leaders qui incitent les subordonnés à dépasser leurs intérêts personnels au profit de ceux du groupe ou de l'unité) possèdent le plus d'atouts pour susciter la mobilisation et la performance globale de leurs employés ou collègues.

2.3.7- Les ressources nécessaires

L'affectation de ressources nécessaires à la qualité par le conseil d'administration et les responsables de l'établissement s'avère cruciale. Car en effet, la qualité et la sécurité représentent avant tout un investissement et non une dépense, même si des ressources financières doivent y être consacrées.

2.3.7.1- Les ressources humaines

L'établissement devra désigner un membre de l'équipe de direction comme responsable du dossier de la qualité et de la sécurité. Cette personne devra détenir une légitimité reconnue afin d'exercer un leadership d'influence stratégique auprès du personnel cadre, des professionnels, des intervenants et des autres employés. Ensuite l'établissement désignera un coordonnateur de la qualité pour faire les liens avec les personnes évoluant dans différents services.

Par ailleurs, la volonté d'améliorer la qualité et la sécurité peut devenir une réalité en utilisant des moyens tels qu'une formulation claire des attentes quant à la qualité; la formation continue des intervenants et du personnel; le développement des compétences basées entre autres sur l'évolution des connaissances; la présence de mécanismes appropriés d'évaluation des pratiques. En outre, en plus du soutien que l'organisation peut offrir aux personnes qui y travaillent, la reconnaissance de la part des gestionnaires de la contribution de tous les employés à l'amélioration de la qualité a avantage à être soulignée. En effet, des recherches récentes dans les entreprises privées indiquent que les récompenses de nature sociale telles que les félicitations et le feed-back positif, peuvent agir aussi efficacement que les récompenses financières sur la performance organisationnelle (Tremblay et coll., 2005). Cette récompense donnée à la suite des résultats obtenus ou pour l'effort consenti, peut donc être un puissant levier de mobilisation des acteurs de l'organisation envers la qualité et la sécurité.

2.3.7.2- Les ressources informationnelles

Il est indéniable que l'information est un ingrédient essentiel à toute démarche qualité. Elle sert notamment à étudier les problèmes, à identifier les meilleures solutions, à planifier et à évaluer les actions en cours. Les ressources informationnelles nécessaires à l'amélioration de la qualité peuvent être classées comme suit :

2.3.7.2.1- Les données probantes de nature clinique ou administrative et les nouveaux savoirs qui découlent de la recherche et de l'expérience.

Les données probantes constituent une source importante d'informations. Selon la Fondation canadienne de la recherche sur les services de la santé (FCRSS, 2008), «Les résultats de recherches de haute qualité, qui reposent sur une méthodologie appropriée, sont les données probantes les plus précieuses. Comme les recherches sont souvent incomplètes et parfois contradictoires ou non disponibles, d'autres catégories de renseignements sont nécessaires pour

compléter ou remplacer. Les données probantes constituent une base sur laquelle se fonde une décision sont composées de multiples formes de données, combinées de manière à établir un équilibre entre rigueur et convenance, le premier de ces deux aspects étant toutefois préféré au deuxième». Dans le secteur social, la recherche reconnaît par ailleurs de plus en plus l'émergence de nouvelles connaissances basées sur l'expérience des professionnels. Il faut toutefois souligner que le fait d'accéder à l'information n'est pas suffisant. Le défi est de favoriser l'appropriation des informations pertinentes et utiles. Les gestionnaires et les professionnels ont recourt à diverses stratégies de diffusion et de transfert de connaissances pour que ces nouveaux savoirs puissent réellement influencer et modifier les pratiques.

2.3.7.2.2- Les données sur la clientèle, la population, les activités et les pratiques de l'organisation.

Ces informations de base sont essentielles à toute démarche qualité de l'organisation. Le défi est de rassembler et de bâtir des systèmes d'information fiables qui permettent d'avoir un portrait en temps réel de la situation.

2.3.7.2.3- Les indicateurs

L'utilisation d'indicateurs est devenue incontournable dans la gestion de la qualité. Ils servent à comprendre un système ou un processus, à le comparer et à l'améliorer. Il est important de rattacher les indicateurs à l'atteinte de cibles qualité et de les appuyer sur des données fiables. Ainsi, un tableau de bord stratégique pour l'organisation devra laisser une place prépondérante à des indicateurs de qualité et éviter de se limiter à l'utilisation d'indicateurs de production et financiers.

2.3.7.2.4- Les référentiels

L'observation de l'écart, entre une situation réelle donnée et la norme provenant d'un référentiel, permet de connaître le chemin à parcourir pour atteindre un niveau donné de qualité.

Exemples de référentiels : Les cadres réglementaires; les normes cliniques comme celles fixées par les ordres professionnels, les normes administratives telles que les critères en gestion des ressources humaines pour la certification à titre d'hôpital aimant.

2.3.8- Des méthodes et des outils d'innovation

Ce dernier facteur est aussi important que tous les précédents. En s'appuyant sur leur expérience, le personnel et les professionnels de services sociaux ont appris à améliorer les services. De la même manière, ils règlent les problèmes en intégrant les innovations thématiques ou technologiques tout en améliorant l'organisation du travail et des services. Toutefois, il peut parfois être difficile de résoudre certains problèmes ponctuels ou récurrents, de mettre en place des solutions créatives ou encore répondre à certaines exigences de qualité. Il s'avère alors utile de recourir à des méthodes structurées et à des outils. La maîtrise des méthodes et des outils de la qualité et de la sécurité constitue un élément clef pour obtenir des améliorations significatives rapidement grâce à une démarche cohérente et logique.

Dans tous les cas, la maîtrise d'œuvre d'un projet en matière de qualité sera d'abord confrontée au choix de méthodes et d'outils. L'AQESSS propose une façon simple de distinguer la méthode de l'outil. L'important à noter surtout est de prendre le temps de bien réfléchir et de cerner l'objectif souhaité et d'élaborer le plan (méthode) pour ensuite choisir le meilleur moyen (outil).

De façon générale, une méthode est un ensemble de principes qui orientent la démarche et les outils employés pour y parvenir. Tandis qu'un outil est un moyen conçu pour réaliser de façon efficace un certain type d'action. Un outil possède un mode opératoire précis. Il s'inscrit généralement dans le cadre d'une méthode.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette étude a permis à des représentants du personnel du CRLD de donner leur point de vue sur les dimensions de la qualité ou leur conception de cette notion. Grâce à ces interviewés et surtout à des documents internes, il a été possible de faire un état des lieux des activités de la GQ dans l'établissement. Ce bilan nous a permis de nous rendre compte que si plusieurs activités de la qualité sont réalisées, beaucoup d'autres ne le sont pas encore. Ceci rejoint quelque peu le constat de la majorité des répondants qui, reconnaissant que des efforts louables sont bien appréciés dans l'établissement, estiment toutefois qu'il reste encore beaucoup de chemin à faire pour améliorer la qualité des services. À cet effet, l'intégration de la démarche pourra se faire grâce notamment aux facteurs de réussite évoqués dans les recommandations ainsi que la proposition d'instrumentation d'une démarche de GIQ. À propos de cette dernière, rappelons avec Kelda (1992) qu'elle comprend trois dimensions : une dimension humaine (psychologique et politique); une dimension logique, rationnelle et systémique et une dimension technique, mécanique et systémique. Toutefois, la première dimension semble la plus importante tant elle représente le «pourquoi» de la GIQ. Elle est en quelque sorte une «force qui pousse le personnel de l'organisation, du Directeur aux exécutants, à essayer non seulement de bien faire ce qui doit être fait, mais de faire toujours mieux» (Kelda, 1992, p.54). C'est pourquoi nous estimons que l'essentiel reste à motiver par tous les moyens les employés à tous les niveaux à donner quotidiennement le meilleur d'eux pour la plus grande satisfaction de la clientèle. En effet, si la gestion de la qualité est une activité quotidienne comme l'a su remarquer certains interviewés, celle-ci concerne chacun des travailleurs, quel que soit ce qu'il fait, au CRLD, même si la première responsabilité revient à la haute direction. La démarche qualité aura tout son sens si tous les acteurs de sa mise en application considèrent que chaque tâche quotidienne peut affecter

positivement ou négativement la satisfaction des clients et font l'effort de l'accomplir au mieux comme nous venons de le dire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2002. *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux*. Paris
- ANAES, 2002. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Paris
- Association des Établissements de Réadaptation en Déficience Physique du Québec, 2007. *Guide pour une gestion intégrée de la qualité.*
- Association Québécoise d'Établissements de Santé et Services Sociaux (AQUESSS), 2008. *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, Éditions AQESSS
- Berwick, D. M., A.B. Godfrey et J. Roessner, 1990. *Curing Health Care: Strategies for Quality improvement*. San-Francisco: Jossey-Bass
- Boutillier, Sophie et Uzunidis, Dimitri, 2008. *Mémoire et rapport de stage: Méthodologie approfondie.* Principes, collection dirigée par Reithmann, Annie, Édition Studyrama.
- Brook, R.H. and J.B. Kosecoff, 1988. *Commentary: Competition and quality* Health Affaires, Vol.7 p.119-127.
- Brook, R. H. et A. D. Avery. 1976. *Quality Asses: Issues of Definition and measurement.* Santa Monica (Cal.): Rand.
- Brousselle, Astrid et coll., 2009. *L'évaluation : Concepts et Méthodes.* Montréal, Presse de l'Université de Montréal. p.76-90.
- Brunelle, Y., 1993. *La qualité des soins et des services : un cadre conceptuel.* Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la Planification et de l'évaluation.
- CRDI Gabrielle-Major, 2009. *Plan d'organisation et plan stratégique 2009-2012*
- CRLD *Guide d'information*
- CRLD, 2010. *Rapport d'activités 2008-2010, Direction de la recherche et de l'enseignement.*
- CRLD, 2009. *Rapport annuel de Gestion. Faits saillants 2008/2009.*
- Deming, W.E., 1981, *Japanese Methods for Productivity and Quality*, Washington, George Washington University

- Donabedian, A. (1980) «Explorations in quality assessment and monitoring», in *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, vol.1, Michigan, Ann Arbor, University of Michigan, Health administration Press, 163 p.
- Donabedian, A., 1980, *The Definition of Quality an Approaches to its Assessment*, Health Administration Press.
- Gauthier, Benoît et col. 2009. *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données.* Presse de l'Université du Québec, p. 199-250
- Haddad, S., Roberge, D. et R. Pinault, 1997. *Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité*, Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé, vol.4, n° 1, p.59-78
- Halgand, N., 2003. *L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement?* Revue française de Gestion, vol. 29, no147, p.219-231.
- Harteloh, P.P.M. et F.W.S.M. Verheggen, 1992. *Quality assurance in health care from a traditional towards a modern approach.* Health policy, vol.27, p.261-270.
- Juran, J.M. 1992. *Juran on Quality by design. The New Steps for Planning Quality into Goods and Services*, New York, the Free Press.
- Kélada, Joseph, 1992. Comprendre et réaliser la qualité totale. Deuxième édition Montréal, les Éditions QUAFEC, p.213-269.
- Lévy-Leboyer, Claude, 2007. *Le 360°. Outil du développement personnel,* Paris, les éditions d'Organisation, 144 p.
- Lozeau, Daniel, 1997. *Étude critique de la pratique de la gestion de la qualité dans des hôpitaux au Québec.* Thèse de Doctorat en Administration publique. Université du Québec à Montréal.
- Malley, Juliette et Netten, Ann, 2008. *Mesurer et contrôler les résultats dans les soins sociaux : le problème de la mesure de la qualité.* In «Revue internationale des Sciences Administratives». Vol. 74, No 4.
- Mazouz, Bachir et coll. 2008. *La Gestion intégrée par résultat. Concevoir et gérer autrement la performance dans l'Administration publique.* 5ème édition. Presse de l'Université du Québec, p. 163-295
- Mazouz, Bachir et Tardif, J.B. Marcel. *À Propos de la performance. L'Arlésienne de la sphère publique.* Texte 5 du recueil de Textes du cours Gestion par Résultats à l'ÉNAP-Montréal. ENP-7332. Responsable du cours, Mazouz, Bachir, Chargé du cours autorisé, Belhocine, Noureddine, Hiver 2009.

- Morgan, C et S. Murgatroyd. 1994. *Total Quality Management in Public Sector: An International Perspective*. Philadelphie: Open University Press.
- Portelance, Jean-Pierre, 2005. *Rapport relatif au sondage de satisfaction des usagers du centre de réadaptation Lisette-Dupras*.
- Quivy, Raymond et Campenhoudt, Luc Van, 2006. *Manuel de recherche en Sciences sociales*. 3ème édition, Paris, Dunod, p.41-102 et p.193-212
- Redman, T.B. Mathews, A. Wikinson et E. Snape. 1995. *Quality management, is the Public Sector keeping pace?* International Journal of Public Sector Management, vol.8, n°7, p.21-34
- Secrétariat du Conseil du trésor du Québec- Sous-secrétariat Modernisation de la gestion publique 2003. *Guide sur les indicateurs.*
- Shortell S.M., Bennet C.L, G.R., 1998. Assessing the *impact of continuous quality improvement on clinical practic: what it will take to accelarate progress*. Milbank Q. ; 76
- Swiss, J.E. 1992. *Adapting Total Quality Management (TQM) to Goverment*. Public administration Review, vol. 52, n°4, p.356-362.
- Touati, Nassera, 2009. *La gestion de la qualité dans le secteur public : a-t-on fait le tour de la question*? in La revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public. Vol.14(3), article 1 (p.2-4).
- Voyer, Pierre, 2009. *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, 2ème édition, Presse de l'Université du Québec p.61-141.
- Younis, T., S. J. Bailley et C. Davidson. 1996. *L'application au secteur public de la gestion de la qualité totale*. RISA, Vol.3, p.445-461

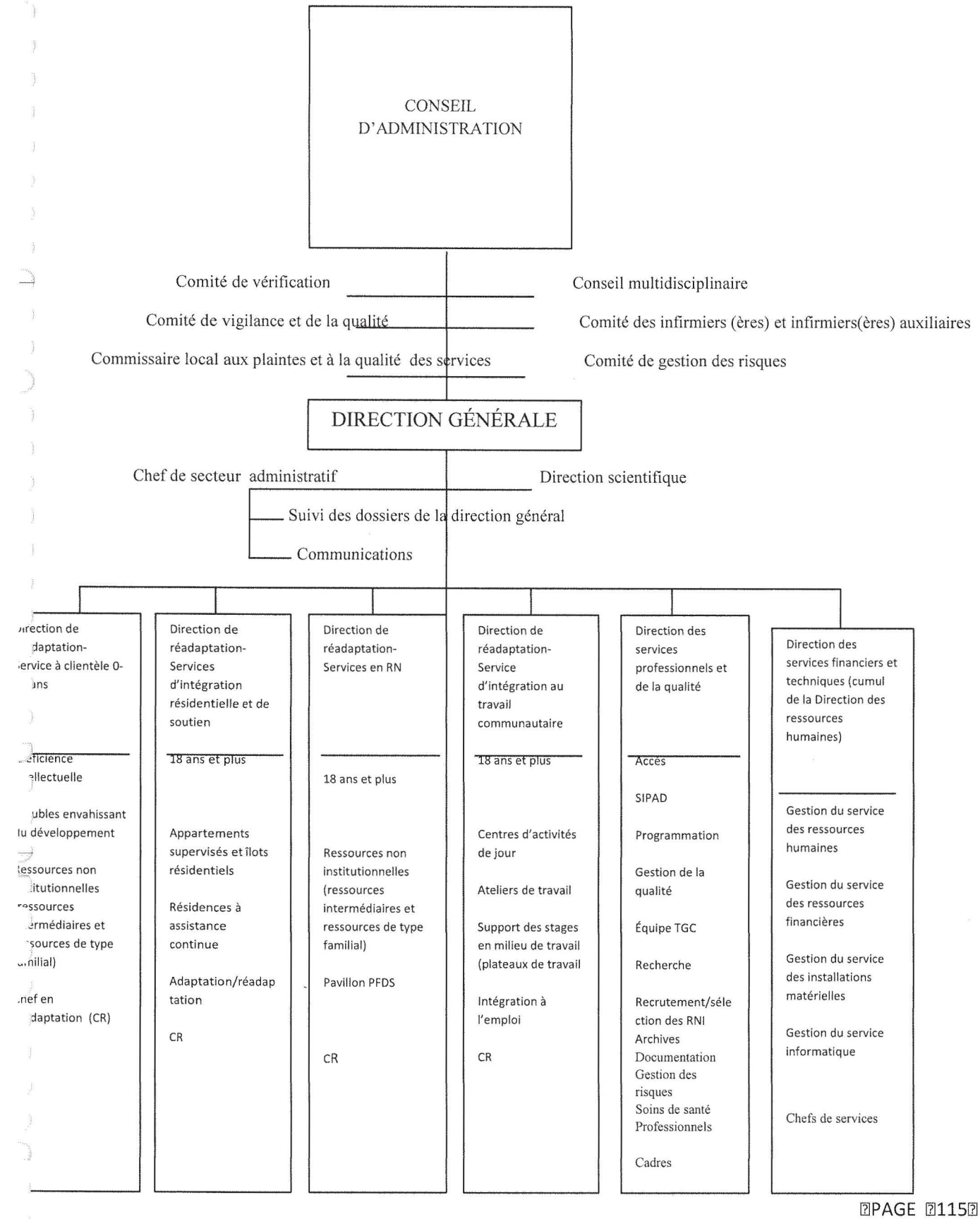
LES SITES INTERNET CONSULTÉS

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES): www.anaes.fr
- ANAES, Interview avec le Dr Hervé Leclet, 18 juin 199 : http://www.medcost.fr/html/contributions_cb/cb_180699b.htm
- Annals of family healf : http://www.annfammed.org/cgi/reprint/5/4/336
- Association Québécoise d'Établissements de Santé et de Services Sociaux : www.aqesss.qc.ca

- Centre de réadaptation en déficience intellectuel de Québec : www.crdi.qc.ca
- Centre de réadaptation La Myriade : www.crlamyriade.qc.ca
- Centre de réadaptation Normand-Laramée: www.crdinl.qc.ca
- Fédération des centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec : www.fqcrdi.qc.ca
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santés : http://www.chsrf.ca/Chartbook_f.php
- IRDES :http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf
- ISO : http://www.iso.org/iso/qmp
- Mouvement Québécois de la qualité : http://www.qualite.qc.ca/centre-des-connaissances/historique-de-la-qualite
- Qualité Online : http://www.qualiteonline.com/glossaire-G-369-def.html

ANNEXES

ANNEX 1 : ORGANIGRAMME DU CRLD AU 30 MARS 2010



ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN

DÉFINITION DE LA QUALITÉ

1.1- Qu'est-ce que le terme «qualité» représente pour vous? Quelle est votre définition du terme «qualité»?

1.2- Comment définiriez-vous le concept de qualité des services?

QU'EST-CE QUI EST FAIT AU CRLD

2.1- Selon vous, existe-t-il une politique ou un programme au CRLD portant spécification sur l'amélioration continue de la qualité des services?

2.2- Sans nécessairement faire l'objet d'un programme intégré ou d'une politique, connaissez-vous des activités qui ont été réalisées ou qui le sont actuellement et qui visent l'amélioration de la qualité des services?

2.3- Êtes-vous au courant d'initiatives ou de projets particuliers (dans votre service) qui visent ou qui ont permis l'amélioration de la qualité des services?

2.4- Croyez-vous que ce qui est fait en ce moment est suffisant, en termes de gestion de la qualité ou d'activités d'amélioration continue?

2.5- Avez-vous des suggestions, des idées en lien avec ce qui devrait être fait en termes de gestion de la qualité ou d'activités d'amélioration continue?

QUALITÉ ATTENDUE ET QUALITÉ PERÇUE

3.1- Avez-vous l'impression que les services offerts/rendus par le CRLD sont de qualité?

3.2- Avez-vous l'impression que les clients (usagers et leur famille) sont satisfaits de la qualité de services offerts ou des services rendus?

3.3- Quelles sont selon vous leurs attentes? Qu'est-ce qui serait important pour eux?

3.4- Selon-vous qu'est-ce qui devrait être fait en priorité pour améliorer la qualité des services au CRLD?

IMPLANTATION D'UN PROGRAMME

4.1- Croyez-vous qu'il serait nécessaire ou utile d'implanter un programme intégré de gestion de la qualité des services?

4.2- Quels en seraient les avantages

4.3- Selon vous, quels sont les obstacles, les difficultés ou les contraintes à l'implantation d'un tel programme.

ANNEXE 3 : OFFRE DE SERVICE DE LA RÉALISATION DU MANDAT

À : Madame Geneviève Boyer, Conseillère à la recherche par intérim (Direction de la recherche et de l'enseignement au Centre de réadaptation Lisette-Dupras, Centre de réadaptation Ouest-Montréal et Centre de réadaptation Gabrielle-Major)

De : Bidjemna Nicolas Kalgora, Étudiant en Évaluation de Programme à l'École nationale d'Administration publique (ENAP)-Montréal

OBJET : OFFRE DE SERVICE

INTRODUCTION

Suite aux entretiens téléphoniques et aux échanges de courriels avec Madame Ginette Girard qui ont abouti à la soumission à l'ÉNAP d'un mandat de stage à la Direction de la Recherche et de l'enseignement au Centre de réadaptation Lisette-Dupras, je viens vous soumettre une offre de service. Cette offre retrace le mandat et son contexte, rappelle qui sont le client et la professeure-conseillère en déterminant leurs rôles respectifs. En outre, elle rappelle les objectifs du mandat

tout en soulignant la méthodologie à suivre de même que les échéanciers. Enfin, vous trouverez vers la fin de l'offre de service, les conditions de réalisation du mandat ainsi que la clause de confidentialité.

1- LE MANDAT

1.1- Le contexte du mandat

C'est en 2007 que le Centre de réadaptation Lisette-Dupras s'est engagé dans une démarche d'agrément dans le but d'agir avec plus de rigueur et d'évaluer la qualité des services offerts. Le centre répondait ainsi au souhait du Conseil canadien d'agrément qui visite régulièrement des établissements de la santé pour s'assurer du bon déroulement de leurs services.

En 2009, *Agrément Canada* faisait par ailleurs un certain nombre de recommandations parmi lesquelles il proposait un seul plan afin de mieux s'assurer de la façon la plus efficace que le cadre de gestion de la qualité est intégré dans l'ensemble de l'organisme. Si plusieurs établissements se sont récemment dotés d'un cadre de gestion intégrée de la qualité ainsi que d'un modèle similaire qu'ils mettent à l'épreuve, le modèle du *Conseil québécois de l'agrément* (CQA), qui travaille en étroite collaboration avec *Agrément Canada*, semble être un modèle phare appuyé de modèles privilégiés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce modèle n'est qu'une convergence de modèles organisationnels émergents. Parmi ces derniers, signalons celui de *l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux* (AQESSS) qui vient de publier en 2009 un guide de la gestion intégrée de la qualité dont s'inspirent les différents établissements sanitaires. C'est ce modèle que la Direction de la recherche et de l'enseignement du Centre de réadaptation de personnes en déficience intellectuelle (CRDI) Gabrielle-Major a choisi d'appliquer dans les différentes directions de l'établissement. C'est donc à ce besoin d'élaboration de la procédure d'utilisation du modèle de gestion intégrée de la qualité de l'AQESS à ses différentes directions que répond le présent mandat.

1.1.2- Le client

Le client du mandat est le Centre de réadaptation Lisette-Dupras

Adresse : 8000, rue Notre-Dame, Lachine (Québec) H8L 1H2

Contact : Madame Ginette Girard, Coordonnatrice des stages en formation pratique.

Téléphone : 514 364 2282 poste 2394

Courriel : ggirard@ssss.gouv.qc.ca

- **Superviseure** : Madame Geneviève Boyer

  Titre : Conseillère à la recherche par intérim

  Téléphone : 514 364 2282 poste 2371

  Courriel : gboyer.crld@ssss.gouv.qc.ca

  Rôle et responsabilité : Comme personne désignée pour superviser le déroulement du stage, elle sera la personne- ressource et guide pour le stagiaire. C'est elle qui recevra et facilitera l'intégration humaine, professionnelle et physique du stagiaire dans le Centre.

- **Professeure-Conseillère :** Madame Nassera Touati, Ph D.

  Titre : Professeure agrégée

  École Nationale d'Administration Publique

  4750 Henri Julien, 5ème étage

  Montréal, H2T 3E5

  Tel : 514 849 3989 (p. 3986)

  Fax : 514 849 3369

  Courriel : nassera.touati@enap.ca

  Rôle et responsabilité: Le rôle de la professeure-conseillère est d'orienter l'étudiant du point de vue académique pour s'assurer de la qualité du travail sur ce plan. Il s'agit pour l'enseignante de s'assurer que l'étudiant utilise bien les notions théoriques apprises et qu'il sait les appliquer dans la réalité sur le terrain.

Voici en résumé dans un tableau les rôles et les responsabilités

Rôles et responsabilités	Bidjemna Kalgora, Étudiant à l'ÉNAP	Mme Geneviève Boyer, superviseure	Mme Nassera Touati, professeure-conseillère de L'ENAP-Montréal
Offre de service	X		
Élaboration d'un calendrier de rencontres	X	X	X
Accueil du stagiaire		X	
Mesures facilitant l'accès à l'information		X	
Réalisation du mandat	X		
Supervision du stage		X	X
Évaluation à mi-temps du stage	X	X	
Support du stagiaire dans la réalisation du mandat		X	X
Rédaction du rapport de stage	X		
Évaluation de la performance et du rapport de stagiaire		X	X
Évaluation des intervenants par le stagiaire	X		

1- L'offre de stage

- **Objectifs du stage :**

  - Permettre aux acteurs concernés de s'approprier le modèle de gestion intégrée de la qualité de l'AQESSS

  - Proposer aux acteurs une démarche à suivre pour implanter le modèle au sein de l'établissement.

  - Outiller les acteurs afin qu'ils soient en mesure de planifier leur plan d'amélioration et d'en faire le suivi

- **Domaine d'expertise** : Gestion de la qualité
- **Livrables :**

Un modèle de processus/procédure d'implantation du modèle de gestion intégrée de la qualité (retenu par l'établissement) applicable à l'ensemble de l'établissement et à chacune de ses directions.

2- LA MÉTHODOLOGIE

- Technique de cueillette de données :

Lecture de documents (le modèle de gestion intégrée de la qualité de l'AQESSS, rapports annuels, autres documents).

- Entretiens directs avec des gestionnaires et autres acteurs
- Traitement et analyse des informations recueillies ici et là.
- Recommandations.

3- LES ÉCHÉANCIERS

Phase/activités	**Durée**	**Résultats attendus**
Phase 1 Entrée o Faire connaissance avec les membres de l'équipe de travail; o Familiarisation avec le milieu Étude de la situation et préparation de la collecte d'information o Recherche de documents pertinents pour le mandat o Lecture du modèle de l'AQESSS et autres documents o Approfondissement de la méthode de travail o Préparation des entretiens	Du 11 au 31 janvier 2009	o Présentation des membres de l'équipe o Revue de la littérature o Ciblage de questions à poser et des personnes à qui les poser o Adoption d'un plan et/ou d'une méthodologie de travail

Phase 2 Analyse des informations ○ Analyse des lectures documentaires ○ Entretiens divers	Du 1er au 28 février 2010	○ Étude sur les lectures et des informations des entretiens ○ Choix des indicateurs appropriés ainsi que des concepts à intégrer dans la proposition +définition de concepts clés ○ Élaboration du plan (des parties) de la proposition de la procédure
Phase 3 RÉDACTION DE LA DÉMARCHE (PROCÉDURE/PROCESSUS) ○ Analyse (suite) et rédaction ○ Validation de la procédure ○ Livraison du produit attendu (Procédure/Processus d'intégration de modèle intégré de gestion dans l'établissement)	Du 1er mars au 23 avril	○ Produit final du mandat ○ Meilleure compréhension de l'expérience professionnelle ○ Ébauche du rapport

4- LES CONDITIONS DE RÉALISATION DE STAGE

- Le stagiaire aura un bureau au Centre de réadaptation Lisette-Dupras où il travaillera au moins quatre jours/semaine de 9 heures à 17heures.
- Lieu et adresse : Centre de réadaptation Lisette-Dupra (8000, rue Notre-Dame, Lachine (Québec) H8R 1H2)
- Conditions financières : Le stage n'est pas rémunéré. Toutefois, l'organisme aidera le stagiaire à payer ses frais de scolarité pour la session d'hiver ainsi que les frais de carte d'autobus pour le déplacement.

6- LA CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

Une copie du rapport de stage pourra être déposée à la bibliothèque de l'ÉNAP.

ANNEXE IV : LES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES DE L'AQESSS

VOIR:

http://www.aqesss.qc.ca/fr/etablissements_resultats.aspx?sortcode=1.1.1.2.2&parametre=Tous

ANNE V : LE SYSTÈME DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

VOIR:http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-731-01F.pdf