

# LA GESTION INTÉGRÉE

DE LA QUALITÉ AU CRDI DE QUÉBEC

CADRE DE RÉFÉRENCE



CENTRE DE RÉADAPTATION  
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE  
de QUÉBEC

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION LE 29 NOVEMBRE 2011



## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introduction : pourquoi ce cadre de référence ? .....                                                                                | 4  |
| 1.1 Confirmer notre engagement et exposer notre vision.....                                                                             | 4  |
| 1.2 Intégrer la qualité et les efforts réalisés par chacun .....                                                                        | 4  |
| 2. Contexte légal et réglementaire .....                                                                                                | 5  |
| 2.1 Cadre découlant de la Loi sur les services<br>de santé et les services sociaux .....                                                | 5  |
| 2.2 Cadre découlant du système d'agrément .....                                                                                         | 5  |
| 3. Contexte organisationnel .....                                                                                                       | 6  |
| 3.1 Notre mission .....                                                                                                                 | 6  |
| 3.2 Notre vision .....                                                                                                                  | 6  |
| 3.3 Nos valeurs.....                                                                                                                    | 6  |
| 3.4 Nos orientations stratégiques .....                                                                                                 | 6  |
| 4. Ce que nous visons et notre façon de voir :<br>« La gestion intégrée de la qualité » .....                                           | 7  |
| 4.1 La notion de qualité a de multiples facettes.....                                                                                   | 7  |
| 4.2 La définition de la qualité.....                                                                                                    | 7  |
| 4.3 Les différents aspects de la qualité.....                                                                                           | 9  |
| 5. Développement de notre culture de la qualité.....                                                                                    | 11 |
| 5.1 Attitudes, comportements et pratiques exprimant<br>notre culture de la qualité.....                                                 | 11 |
| 5.2 Notre culture de qualité est favorisée par notre<br>structure organisationnelle .....                                               | 12 |
| 5.3 Formalisation des activités existantes.....                                                                                         | 12 |
| 5.4 L'évaluation de programme.....                                                                                                      | 15 |
| 6. La gestion intégrée de la qualité :<br>un cycle structuré .....                                                                      | 16 |
| 6.1 Le système d'agrément.....                                                                                                          | 16 |
| 6.2 La démarche de gestion intégrée de la qualité.....                                                                                  | 17 |
| 6.3 La mise en application du cycle de la qualité.....                                                                                  | 18 |
| 7. Les outils et les mécanismes .....                                                                                                   | 20 |
| 7.1 Les suivis réalisés par le conseil d'administration.....                                                                            | 20 |
| 7.2 Les suivis réalisés par le comité de direction .....                                                                                | 22 |
| 7.3 Les suivis réalisés par les directions,<br>leurs coordinations, leurs services, leurs<br>groupes de travail et leurs employés. .... | 24 |
| RÉFÉRENCES.....                                                                                                                         | 25 |

# 1

## 1. INTRODUCTION : POURQUOI CE CADRE DE RÉFÉRENCE ?

### 1.1 Confirmer notre engagement et exposer notre vision

La raison d'être de ce cadre est d'exposer et de communiquer le modèle de gestion intégrée de la qualité de notre organisation. Autant pour les usagers que pour les gestionnaires, les administrateurs, les partenaires, les vérificateurs ou encore, les « contribuables », nous voulons décrire notre vision de la qualité et confirmer notre engagement envers *l'amélioration continue* de la qualité de nos services.

Cet engagement fait partie de notre vision d'établissement. Il est à noter que le CRDI de Québec s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité depuis de nombreuses années.

### 1.2 Intégrer la qualité et les efforts réalisés par chacun

Le cadre de référence sur la gestion intégrée de la qualité confirme que l'établissement poursuit, veut *accentuer et mieux intégrer* ses efforts en ce sens. Cette volonté figure, entre autres, parmi nos valeurs organisationnelles et elle est présente dans notre code d'éthique, dans nos orientations stratégiques et dans notre plan d'organisation.

Particulièrement, nous voulons permettre à tout le personnel d'avoir une vision d'ensemble des nombreuses activités d'amélioration continue de la qualité (politiques, planification, fonctions, vérifications, contrôles, etc.) qui sont pratiquées au CRDI de Québec. Nous voulons favoriser une intégration cohérente de ces activités. La gestion intégrée de la qualité, telle que vue au CRDI de Québec, veut formaliser les activités existantes d'amélioration de la qualité et proposer des approches structurées qui encouragent la **rigueur**, l'**excellence** et l'**innovation**. Nos pratiques et nos efforts continus d'amélioration de la qualité des services traduisent notre état d'esprit et nous mobilisent.

Nos valeurs, notre vision et nos orientations au sujet de la gestion intégrée de la qualité visent l'ensemble des personnes concernées par les services du CRDI de Québec tant à l'interne qu'à l'externe. Ainsi, la cohérence de notre modèle repose sur les contributions de tous. Chacune des contributions représente un élément ayant un effet sur l'ensemble des activités et, par conséquent, ultimement, sur la qualité, sur l'efficacité des services et sur la satisfaction des usagers. Cela se réalise grâce à la contribution des employés de l'établissement qui s'investissent dans une « *culture de la qualité* ». Cette culture étant à son tour favorisée par la structure de notre organisation.

# 2

## 2. CONTEXTE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Le CRDI de Québec est un établissement public qui a pour mission d'offrir des services d'adaptation et de réadaptation. À cet égard, nous sommes assujettis aux lois et aux règlements qui visent ce type d'établissement. En faisant partie ou en étant associé à notre organisation de services, chaque personne ou instance impliquée doit évoluer à l'intérieur du cadre légal et réglementaire qui s'applique. La Loi sur les services de santé et les services sociaux attribue aux conseils d'administration les responsabilités suivantes :

### 2.1 Cadre découlant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

- « *Le conseil d'administration établit les priorités et les orientations de tout établissement qu'il administre et voit à leur respect (...)* » (Extrait de l'article 171)
- Selon l'article 172, le conseil d'administration doit en outre pour tout établissement qu'il administre :
  - « (...) de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés;
  - (...) de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières; »

### 2.2 Cadre découlant du système d'agrément

Aussi, nous sommes soumis à divers processus de vérifications externes des normes de qualité de services ou de performance de gestion, dont celui de l'agrément des établissements de santé et services sociaux.

Le système de l'agrément<sup>1</sup> se base sur les principes suivants auxquels nous adhérons :

1. Les organisations sont responsables de la qualité de leur fonctionnement et des services offerts.
2. La qualité résulte d'une quête incessante.
3. L'évaluation se révèle un instrument indispensable à l'amélioration de la qualité.
4. La poursuite de la qualité requiert l'engagement de toutes les personnes impliquées dans l'organisation.
5. L'organisation responsable doit rendre compte de son fonctionnement et de ses services.

De plus, la première norme du système d'agrément des établissements de santé et de services sociaux spécifie que l'établissement :

- « Définit et formalise sa vision de la qualité ainsi que son engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des services. »
- « *Diffuse* ses valeurs, sa vision qualité et son engagement dans l'amélioration continue des services auprès de la clientèle, du personnel et des partenaires. »
- « *Vérifie périodiquement la conformité* des valeurs et de la vision qualité aux missions de l'établissement. »

Ces responsabilités et ces principes constituent les assises de notre gestion intégrée de la qualité. Ils sont au cœur du cadre de référence.

1. Conseil québécois d'agrément (2009), « *Le système d'agrément, Pour une gestion intégrée de la qualité* », Montréal, © Conseil québécois d'agrément, p 17.

# 3

## 3. CONTEXTE ORGANISATIONNEL<sup>2,3</sup>

Notre contexte organisationnel est constitué d'éléments de base qui établissent et qui orientent l'ensemble des activités et des développements du CRDI de Québec. Ces éléments leur donnent sens et sont les prémisses de notre gestion intégrée de la qualité.

### 3.1. Notre mission :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confie au CRDI de Québec la mission d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes qui, en raison de leur déficience intellectuelle ou de leur trouble envahissant du développement, requièrent de tels services. Ces services incluent aussi le soutien spécialisé aux proches et aux partenaires.

### 3.2. Notre vision

Faire du CRDI de Québec, une organisation dynamique et innovante à l'égard des services spécialisés que nous dispensons aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Aussi, nous souhaitons être une organisation soutien-conseil spécialisé à l'égard de notre clientèle et nos partenaires.

### 3.3. Nos valeurs

Pour nous, chaque personne est une personne à part entière. Nous croyons fondamentalement en son potentiel, en sa capacité d'autonomie et en la pleine expression de sa citoyenneté. En ce sens, nous soutenons qu'elle doit jouer un rôle actif et valorisant au sein de la communauté.

### 3.4. Nos orientations stratégiques

Pour assurer la continuité et la cohérence de nos actions, cinq grandes orientations ont été identifiées. Pour chacune de nos orientations, des objectifs ont été définis pour la période 2010-2013 de façon à viser l'atteinte de résultats avec le souci de l'amélioration continue de la qualité de nos services.

1. La spécialisation de notre offre de service
2. Le développement des compétences et la délimitation des rôles, des attentes et des responsabilités
3. La collaboration intra et interéquipe, ainsi que le partenariat
4. L'amélioration continue de la qualité
5. Une communication ouverte et transparente

La quatrième orientation stratégique, ses objectifs et ses actions visent directement la gestion intégrée de la qualité.

2. CRDI de Québec (2007), « *Planification stratégique 2007-2012*, 15 p. »

3. CRDI de Québec (2010), « *Planification stratégique 2010-2013*, 19 p. », document adopté par Conseil d'administration, 25 novembre 2010.

# 4

## 4. CE QUE NOUS VISIONS ET NOTRE FAÇON DE VOIR : « LA GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ »

### 4.1 La notion de qualité a de multiples facettes

Afin d'énoncer de façon juste, le contenu de l'ensemble de nos activités reliées à la gestion intégrée de la qualité, nous avons considéré plusieurs aspects et autres modèles à ce sujet. Ces modèles ont été expérimentés par d'autres établissements ou encore, décrits comme visionnaires ou complémentaires dans les documents publiés par des autorités en la matière. C'est en fait le concept développé par le Conseil québécois d'agrément qui représente notre référence la plus familière et que nous utilisons comme outil de référence.

Le concept de qualité est complexe et il est difficile d'en avoir une vision unique. La notion de qualité est applicable à l'ensemble des aspects de la dispensation des services, de leurs résultats, ainsi que leur gestion. Elle inclut aussi les aspects « systémiques » de nos relations avec nos partenaires et la population en général. Ainsi, la notion de *bonnes ou meilleures pratiques* ne vise pas seulement la dispensation des services aux usagers, mais aussi l'ensemble de l'administration et de la gestion de l'établissement et nos relations avec nos partenaires. C'est en ce sens que la qualité doit être vue d'une façon intégrée. Chacun de ses éléments ayant un effet sur l'ensemble des activités et, par conséquent, ultimement, sur la qualité, sur l'efficacité des services et sur la satisfaction des usagers. La satisfaction des usagers est évidemment un élément crucial de la gestion intégrée de la qualité.

### 4.2 La définition de la qualité

Le Conseil québécois d'agrément propose la définition suivante de la qualité des services. Elle se définit comme étant :



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.



La gestion intégrée de la qualité intègre la notion de performance organisationnelle, plus particulièrement par l'utilisation judicieuse des ressources disponibles ou l'économie des ressources<sup>4</sup>. En fait, une organisation performante est une organisation constituée d'employés affectés à la production de services de qualité, dont l'utilisation judicieuse et efficiente des ressources fait l'objet de préoccupations particulières.

4. Voir Mazouz, B., Leclerc, J., Tardif, M.J.B.,(2008) *La gestion intégrée par résultats. Concevoir et gérer autrement la performance dans l'Administration publique*. © Presses de l'université du Québec, Québec, p. 174.

Ainsi, tel que décrit au document de référence du système d'agrément :

On ne saurait apprécier la qualité des services d'une organisation sans tenir compte de la perception qu'en ont ceux et celles qu'ils touchent d'une manière ou d'une autre. C'est le cas des clients, des contribuables, des employés, des partenaires externes et des experts qui, plus ou moins consciemment, savent si ce qu'ils voient ou expérimentent est conforme à ce qu'ils sont en droit d'attendre. Pour mesurer la qualité, le système du Conseil québécois d'agrément retient les trois perspectives suivantes :

- Le point de vue des utilisateurs, c'est-à-dire la population, les personnes et les communautés desservies. Ces acteurs ont des droits, des besoins et des attentes à l'égard des services rendus, en fonction de la mission de l'établissement et sur la façon dont ils sont dispensés.
- Le point de vue des organisations dispensatrices de services incluant les ressources humaines qui les mettent en œuvre. Ces acteurs, qu'il s'agisse des instances décisionnelles, des gestionnaires ou des employés, sont soucieux de recourir aux moyens, aux compétences, aux approches et aux équipements les plus aptes à répondre aux besoins et aux attentes du client. De plus, les ressources humaines éprouvent elles-mêmes des besoins et nourrissent leurs propres attentes à l'égard de leur organisation en fonction du travail qu'elles y exercent.
- Le point de vue des contribuables. Ces acteurs attendent des services judicieux et efficaces. L'établissement, reconnu comme performant, justifie sa légitimité auprès des élus et des contribuables.

Dans le système du Conseil québécois d'agrément ces perspectives se traduisent en trois angles d'analyse :

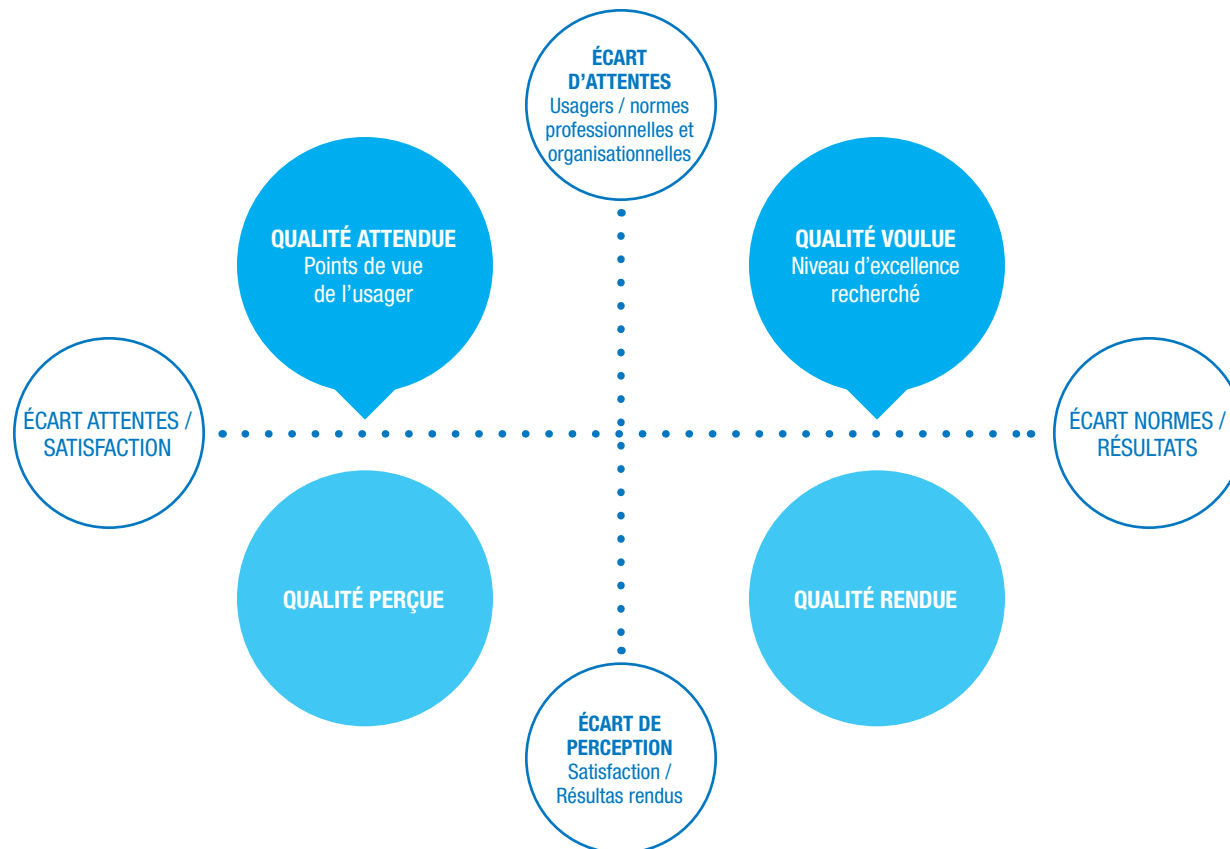
- la satisfaction des besoins de la clientèle, à laquelle la priorité est accordée
- la mobilisation du personnel
- l'utilisation efficace des ressources

Cet énoncé du Conseil québécois d'agrément tient compte des différents aspects de la qualité représentés à la page suivante.

### 4.3 Les différents aspects de la qualité

La satisfaction des besoins de la clientèle est la raison d'être fondamentale d'une organisation. Satisfaire les besoins de la clientèle consiste à lui offrir un service capable de combler ses besoins particuliers, exprimés ou ressentis, explicitement ou implicitement. Le service donné atteint son niveau d'excellence, quand il répond aux besoins et aux attentes de ses clients.

#### SHÉMA REPRESENTANT DIFFÉRENTS ASPECTS DE LA QUALITÉ



- **Qualité attendue :**

En fait, la *qualité attendue* inclut les points de vue des usagers, des proches, des organismes, ainsi que les attentes du personnel, des comités et des instances de l'organisation. Elle doit être interprétée en tenant compte de la mission de l'établissement et des ressources qu'elle peut y consentir.

- **Qualité perçue :**

La *qualité perçue* provient de résultats et des perceptions de la clientèle à l'égard des services offerts par l'établissement. La qualité perçue est objectivée par les sondages satisfaction, les faits et les opinions obtenus par le comité des usagers, par le comité d'orientation des services aux adultes, par l'examen réalisé de façon indépendante par le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

- **Qualité voulue :**

Par ailleurs, la *qualité voulue* correspond aux normes de qualité cliniques et administratives que tout service professionnel est requis de respecter : que ce soit les normes gouvernementales (ex. : plan d'accès), les guides de pratiques, les normes de sécurité des services pour les usagers ou le personnel, les normes d'efficience, le PDRH, les politiques et cadres normatifs qui doivent s'appliquer. Elle cherche à intégrer le point de vue des usagers (qualité attendue et qualité perçue).

- **Qualité rendue :**

Finalement, la *qualité rendue* correspond au degré de conformité effectivement atteint par rapport aux normes de la qualité voulue. Cette qualité est vérifiable et vérifiée par : la démarche d'agrément elle-même, la démarche de suivi de la planification stratégique, la reddition de compte de notre entente de gestion, les rapports du comité de gestion des risques et le rapport sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, le rapport du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et, évidemment, par les activités d'évaluation de programme.

L'objectif de la gestion intégrée de la qualité vise à réduire, en continu, l'écart entre le niveau de services réellement offert (la qualité rendue) et le niveau d'excellence recherché par les normes professionnelles ou administratives (la qualité voulue). La qualité voulue tient compte des attentes de la clientèle et de son degré de satisfaction (qualité perçue).

# 5

## 5. DÉVELOPPEMENT DE NOTRE CULTURE DE LA QUALITÉ

Au quotidien, la gestion intégrée de la qualité passe avant tout par notre **culture de la qualité**. La culture de la qualité c'est « l'ensemble des valeurs, attitudes, perceptions, compétences et normes de comportement 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 dans l'organisation. »<sup>5</sup>

Cette culture se traduit par les *attitudes, les comportements et les pratiques* observables au quotidien. Cette culture prend vie dans la *structure* de notre organisation, à tous les niveaux : employés, services, instances et comités, gestionnaires, direction, administration. Nous y déployons, au quotidien, diverses *approches d'amélioration*, dont *l'évaluation de programme*. Afin de coordonner l'ensemble de ces activités, nous nous référons à un *cycle structuré* : la démarche de gestion intégrée de la qualité. Cette culture de qualité n'est possible que par la mobilisation constante de l'ensemble des ressources de l'établissement, et ce, à tous les niveaux.

### 5.1. Attitudes, comportements et pratiques exprimant notre culture de la qualité

D'abord, au quotidien, nous encourageons, dans l'établissement, notre culture de la qualité en adoptant et en favorisant les attitudes et les comportements présentés au tableau suivant:<sup>6</sup>

| ATTITUDES ET COMPORTEMENTS                                                                                                  | PRÉCISIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Écoute de nos « clients » (internes et externes) et - sollicitation de leur participation dans les activités d'amélioration | <ul style="list-style-type: none"><li>• Le point de vue de l'utilisateur est primordial et accepté</li><li>• Nous recherchons la satisfaction des besoins et attentes de nos clients et de leurs proches</li><li>• Nous valorisons la rétroaction de nos « clients » internes et externes</li></ul>                                                                                                                                                         |
| Travail d'équipe                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Décentralisation de nos décisions d'amélioration : ceux qui vivent les situations et/ou dysfonctionnements sont les mieux placés pour identifier des solutions</li><li>• Des représentants de différents services travaillent en équipe et dans les comités en vue d'amélioration</li><li>• Nous valorisons une approche transdisciplinaire (dialogue et contribution des professionnels et intervenants)</li></ul> |
| Auto-évaluation                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Chacun évalue son travail,</li><li>• Chacun se remet en question de façon continue (réf : au quotidien et en supervision clinique et supervision administrative)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                          |
| Communication claire, simple et avec courtoisie                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Les informations et les résultats sur les activités d'amélioration continue sont communiqués de façon recevable, « assimilable » et compréhensible pour chaque public cible.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                              |
| Reconnaissance                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Nous sommes vigilants et nous efforçons de reconnaître explicitement les contributions de nos collègues, de nos partenaires et des bénévoles à la réalisation des activités en lien avec notre mission et nos mandats.</li></ul>                                                                                                                                                                                    |

C'est ainsi que la gestion intégrée de la qualité rejoint tout le personnel de notre organisation et chaque instance la constituant; *tous ont une responsabilité* par rapport à celle-ci. Cette responsabilité consiste d'abord, pour chacun, à réaliser sa prestation de services, avec « qualité et performance » quel que soit son titre d'emploi ou son lieu de travail.

5. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2009), *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, Montréal, p. 22

6. Inspiré de CSSS Cavendish (2010), **Programme d'amélioration continue de la qualité (PACT)**, direction de la qualité, des programmes et de la mission universitaire, © CSSS Cavendish, 13 mai 2010, 40 p.

## 5.2. Notre culture de qualité est favorisée par notre structure organisationnelle

La *structure* de notre organisation favorise le développement de cette culture : la gouvernance assumée par le conseil d'administration et les comités qui en découlent (comité de vérification, comité de vigilance, comité traitant des conflits d'intérêts, comité de gestion des risques, comité de suivi et d'application de la politique relative à l'utilisation de mesures de contrôle, conseil multidisciplinaire, conseil des infirmiers et infirmières, le comité des usagers, le comité de réflexion éthique, etc.). Évidemment, par son indépendance, ses démarches d'analyses et ses recommandations, le Commissaire local aux plaintes et à la qualité joue un rôle important pour le développement de notre culture « qualité ».

La Direction générale et le comité de direction exercent un leadership mobilisateur en matière de qualité, de sécurité, sur notre « orientation clientèle » ainsi que sur la gestion centrée sur les résultats. Ils constituent, en fait, le comité directeur de la qualité et de la performance. Comme directeurs et responsables des orientations « qualité et performance », ils s'assurent que celles-ci soient intégrées dans leurs mécanismes respectifs de gestion et de coordination. Ainsi, ces mécanismes sont à la fois, les lieux d'intégration et de concrétisation de la démarche de gestion intégrée de la qualité et de son suivi qui sera présentée plus loin.

## 5.3. Formalisation des activités existantes

La gestion intégrée de la qualité est vécue à travers plusieurs *activités et approches d'amélioration*, qui peuvent se dérouler à divers moments dans la dispensation des services. La gestion intégrée de la qualité, telle que vue au CRDI de Québec, formalise les activités existantes d'amélioration de la qualité et propose des approches structurées qui encouragent la rigueur, l'excellence et l'innovation. Ces activités peuvent être réalisées de façon unique ou combinées et sont présentées au tableau suivant.<sup>7</sup>

---

7. Adapté de : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (2000), *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*, © ANAES, Paris, 136 p., et de : CSSS Cavendish (2010), Programme d'amélioration continue de la qualité (PACT), direction de la qualité, des programmes et de la mission universitaire, © CSSS Cavendish, 13 mai 2010, p. 11

| ACTIVITÉS/APPROCHES                                                                                                                  | DÉFINITIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OBJECTIFS                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>L'approche « client »</i><br>(pour les services aux usagers et pour les directions soutien : leurs « clients » sont les employés) | Nous recherchons les attentes de nos clients afin de mieux définir les caractéristiques des services. Nous faisons également appel à nos clients et à la population pour définir les améliorations à apporter.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mieux cerner la qualité attendue et répondre aux attentes des usagers.</li> <li>• Améliorer l'adaptation/réadaptation des usagers.</li> <li>• Favoriser le mieux-être en milieu de travail.</li> </ul>                                                    |
| <i>L'amélioration de la qualité de vie et de l'intégration sociale</i>                                                               | Nous utilisons, à la base, des approches positives de rehaussement personnalisées de la qualité de vie et de valorisation sociale.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être attentif aux bases de la réadaptation spécialisée; la réponse de qualité aux besoins fondamentaux des usagers.</li> </ul>                                                                                                                            |
| <i>Méthodes d'adaptation / réadaptation structurées</i>                                                                              | Le CRDI de Québec endosse les orientations recommandées par la Fédération des CRDI en déployant et appliquant les guides de pratiques selon le calendrier recommandé.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être à la fine pointe des pratiques reconnues.</li> <li>• Participer à l'élaboration et mise en place de guides de pratiques.</li> </ul>                                                                                                                  |
| <i>L'approche de partenariat</i>                                                                                                     | Nous établissons et cultivons des liens suivis avec nos partenaires des réseaux locaux, intersectoriels et communautaires.<br>Comme établissement de services spécialisés de deuxième ligne, nous sommes conscients que nous faisons partie d'un réseau intégré de services. Nous respectons et favorisons la contribution de nos partenaires afin d'assurer la coordination nécessaire à la continuité des services dans le sens de l'intégration et la participation sociale des usagers.                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir des services de meilleure qualité par la concertation et par la mise en commun des expertises, des ressources du milieu et des réseaux locaux ainsi qu'au niveau régional.</li> </ul>                                                              |
| <i>La démarche éthique</i><br>(au plan clinique et en gestion)                                                                       | Questionnement rattachés aux valeurs de l'organisation pour des questions cliniques ou de gestion. On s'assure que les situations qui posent des dilemmes sont en harmonie avec nos valeurs, notre mission, nos moyens.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les principes éthiques pour évaluer les enjeux des décisions à prendre en conformité avec nos valeurs.</li> </ul>                                                                                                                                |
| <i>Supervision administrative</i>                                                                                                    | À l'aide de l'encadrement, les fonctions de chacun sont précisées et les ressources disponibles sont gérées de façon judicieuse en fonction des priorités et orientations.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Délimitation des rôles et des mandats.</li> <li>• Faire le suivi des assignations et mandats.</li> <li>• Évaluer les résultats et retombées.</li> <li>• Reconnaître la contribution au travail et à l'atteinte des objectifs organisationnels.</li> </ul> |
| <i>Supervision « clinique »</i><br><i>et supervision « professionnelle »</i>                                                         | Travail d'équipe <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien des pairs</li> <li>• Soutien et rencontres formelles de supervision avec les spécialistes. (exemple : spécialiste en activités cliniques, spécialiste en procédés administratifs, conseiller en gestion de ressources humaines)</li> <li>• Soutien APPR</li> <li>• Soutien et développement de la part et auprès des divers professionnels-experts</li> <li>• Conférences scientifiques, transfert des connaissances;</li> <li>• Documentation disponible (centre documentation)</li> <li>• Formation (plan de formation)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer de l'expertise.</li> <li>• Soutenir les pratiques de tous les intervenants.</li> </ul>                                                                                                                                                         |

| ACTIVITÉS/APPROCHES                                                                                                                                               | DÉFINITIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                       | OBJECTIFS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>L'approche d'analyse des processus</i><br>(anticipation des risques afin de prévenir la défaillance des processus)                                             | Nous évaluons les risques potentiels de défaillance des processus et établissons des systèmes de maîtrise axés sur la prévention et la minimisation de leurs effets éventuels. Cette approche est appliquée en gestion des risques, en gestion de projet ou tout autre processus organisationnels | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les risques spécifiques et les défauts à un stade précoce.</li> <li>• Mettre en œuvre des actions préventives.</li> <li>• Maîtriser les processus afin d'assurer la qualité des services.</li> <li>• Mettre en place des systèmes de suivis.</li> </ul>                                 |
| <i>L'approche par comparaison</i><br>(étalonnage et le « benchmarking »)                                                                                          | Nous comparons, à l'aide de critères déterminés, nos pratiques et nos résultats par rapport à des normes et standards.<br>Nous comparons des résultats avec ceux d'autres CRDI de la province.                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesurer les écarts entre les pratiques réels et les guides de pratiques, les orientations, les références.</li> <li>• Rechercher les meilleures pratiques applicables au contexte de notre organisation et notre région.</li> <li>• Apprendre des autres.</li> </ul>                               |
| <i>L'approche par coûts</i><br>(tenir compte de la dimension de l'efficacité économique dans l'amélioration des services)                                         | Nous prenons en considération la dimension économique lors de la conception ou l'amélioration des services.                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser judicieusement les ressources.</li> <li>• Augmenter l'efficacité du CRDI de Québec.</li> </ul>                                                                                                                                                                                            |
| <i>La gestion participative</i><br>(implication des gestionnaires et des personnes concernées dès la conception des projets jusqu'à leur évaluation de résultats) | Nous impliquons les personnes concernées de la conception de projets à l'évaluation des résultats finaux.<br>Cette approche assure la continuité et l'intégration des nouvelles pratiques ou solutions à l'ensemble des activités et des objectifs du CRDI de Québec.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliquer les acteurs qui sont au cœur des services dans l'amélioration des services.</li> <li>• Orienter le personnel, les fonctions, les activités sur des objectifs d'amélioration de la qualité.</li> <li>• Assurer la pérennité des solutions mises en place ou à mettre en place.</li> </ul> |

Ainsi, la réussite de notre gestion intégrée de la qualité repose inmanquablement sur les ambassadeurs de la qualité du CRDI de Québec, c'est-à-dire : le personnel et les gestionnaires, ainsi que l'harmonisation de leurs implications.

## 5.4. L'évaluation de programme

Le CRDI de Québec a recours à des évaluations internes et externes pour apprécier la qualité des services offerts et s'inspire des recommandations qui en découlent pour atteindre l'excellence. En ce sens, un cadre de référence en *évaluation de programme* a été proposé et présente le type de service et la démarche structurée que peut produire ce service de la direction des services professionnels, de la recherche et de la programmation.<sup>8</sup>

« Elle permet ainsi aux gestionnaires de faire la lumière sur le programme dont ils ont la responsabilité. »

En somme, et dans le contexte du CRDI de Québec, l'évaluation de programme constitue un processus qui permet de :

- Bonifier l'intervention (programme, processus, service, politique, projet, etc.);
- Faire le point sur ce qui a été planifié et sur l'atteinte des objectifs escomptés;
- Comprendre les causalités associées.

« En plus des programmes, l'évaluation de programme peut faire la lumière sur différentes interventions au sein du CRDI de Québec, qu'elles soient un projet, une activité ou une intervention à la condition qu'elles soient cliniques et structurées (besoins, objectifs, moyens, etc.). »

« L'évaluation de programme peut aider les gestionnaires en répondant aux finalités suivantes :

- Procurer une information opportune, fiable et crédible sur le programme;
- Établir les relations de causes à effets entre les mesures adoptées et les résultats atteints;
- Apprécier le niveau de performance;
- Assurer une meilleure affectation des ressources et renforcer leur optimisation;
- Favoriser la reddition de comptes.<sup>9</sup> »

Divers types d'évaluations de programme peuvent être envisagés : l'évaluation des besoins et de la pertinence du programme, l'évaluation de la conception du programme, l'évaluation de l'implantation et l'évaluation des processus du programme et finalement, l'évaluation de l'efficacité ou encore, de l'efficacité d'un programme. Évidemment, le choix du type d'évaluation est fait selon l'étape de développement ou d'opération d'un programme, selon le mandat confié. Par ailleurs, diverses conditions doivent être présentes afin de mener une telle démarche.

8. CRDI de Québec (2009), *Proposition d'un cadre de référence en évaluation de programme pour le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec*, Document de travail, Direction adjointe à la direction générale, juin 2009, p. 9-11

9. MINISTÈRE DES RELATIONS INTERNATIONALES (2006). *Politique ministérielle d'évaluation de programme*, Québec, p.3.

# 6

## 6. LA GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ : UN CYCLE STRUCTURÉ

### 6.1 Le système d'agrément

La démarche d'agrément est la démarche ultime de gestion intégrée de la qualité de nos services. Elle constitue notre certification de conformité aux standards reconnus. Le cœur de la gestion intégrée de la qualité du modèle du Conseil québécois d'agrément est composé de la satisfaction sondée auprès des usagers eux-mêmes ainsi que leurs proches, de la mobilisation du personnel, de nos relations avec les partenaires et de l'utilisation efficiente de nos ressources.

Aussi, la qualité organisationnelle est évaluée à partir d'une autoévaluation et d'une validation des processus cruciaux de notre organisation (n=27). Ces processus doivent répondre à cinq conditions de base : la conformité aux obligations légales et réglementaires, la formalisation, la réalisation, l'évaluation de leur pertinence et, finalement, la planification des améliorations (en fonction de nos capacités d'amélioration, nos ressources). Lorsqu'il est question de qualité des services, nous avons la responsabilité de fournir l'assurance que l'établissement répond d'abord aux *obligations légales et réglementaires* liées à notre mission et qui sont à la base des pratiques.

Dans un modèle de services et de gestion intégrée de la qualité, il est attendu que nos démarches d'amélioration concernant la qualité soient *formalisées*, c'est-à-dire que nos processus et nos règles de fonctionnement soient documentés et dûment approuvés par les autorités responsables. De plus, bien que les processus et les règles de fonctionnement doivent être présents, mis à jour et dûment approuvés, ils doivent aussi être connus et déployés c'est-à-dire, *réalisés* par leurs porteurs, le personnel et les gestionnaires.

Cette réalisation doit comprendre des indicateurs permettant leur *traçabilité*, ainsi que des *indicateurs de résultats*. Ainsi, les suivis pertinents peuvent être réalisés et en faire l'évaluation (qualité rendue et qualité perçue).

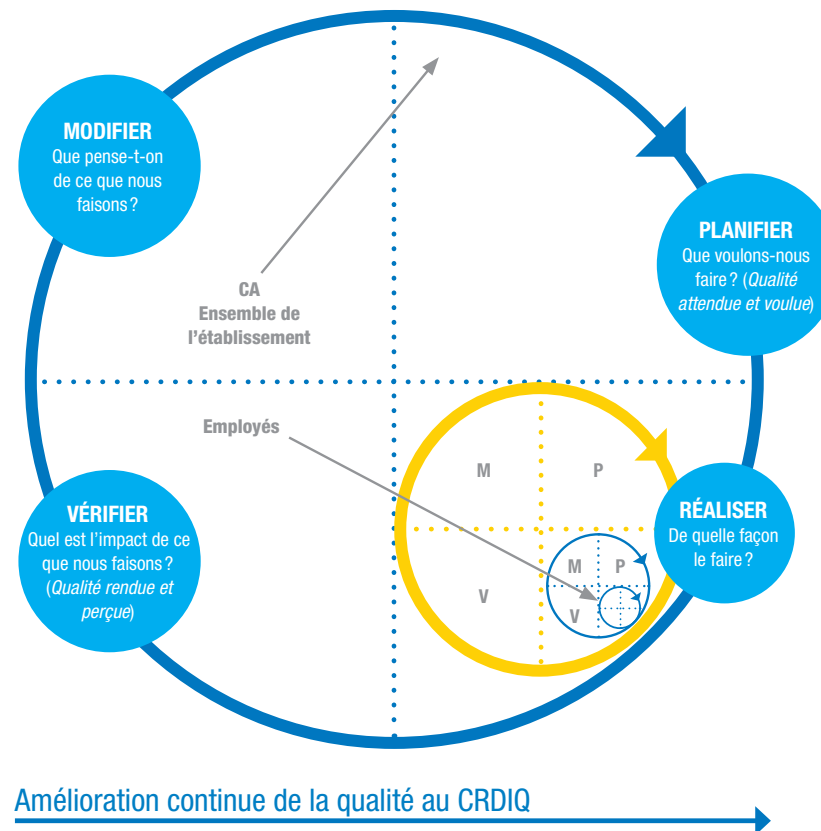
À leur tour, à la lumière des résultats obtenus par la réalisation, le personnel et les gestionnaires, les administrateurs et les personnes concernés peuvent juger de leur *pertinence* par rapport à la fonction qu'ils doivent accomplir et aux besoins qu'ils doivent répondre. Sur cette base d'analyse, ils peuvent donc formuler des pistes d'amélioration ou un plan d'amélioration.

Ce processus ultime d'évaluation de la qualité se déroule tous les trois ans. Cependant, la gestion intégrée de la qualité commande une remise en question permanente, quant au bien fondé des programmes et des efforts (ressources) consentis pour répondre aux besoins et aux attentes de la clientèle et de la population. Notre gestion intégrée de la qualité couvre l'ensemble des attentes et des normes à répondre et nous engage à constamment se réévaluer et remettre en question notre façon de faire.

## 6.2 La démarche de gestion intégrée de la qualité au quotidien

En fait, nous réalisons, à des périodes de temps variables selon les processus et objectifs ciblés, des suivis réguliers. Ces suivis sont une étape importante de notre gestion intégrée de la qualité. Ils font partie d'un cycle<sup>10</sup> suivant quatre étapes : planifier, réaliser, vérifier, modifier.

### CYCLE DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ



10. Figure proposée par Paule Lavoie, APPR au CRDI DE QUÉBEC et est inspiré du cycle de Deming présenté dans : Mazouz, B., Leclerc, J., Tardif, M.J.B., (2008) *La gestion intégrée par résultats. Concevoir et gérer autrement la performance dans l'Administration publique*. Presses de l'université du Québec, Québec, pp. 282 et 283 + AQESS (2009)

Les efforts et les contributions de chaque employé apportent une force d'entraînement au mécanisme global. Les objectifs, les moyens déployés, les suivis des services et des coordinations, de la direction et évidemment du conseil d'administration (et leurs comités et instances) se synchronisent afin de répondre aux différentes dimensions de la qualité décrites précédemment.

Ce cycle qui se déploie selon une ligne de temps déterminée de :

1. la planification,
2. la réalisation d'actions à poser pour la consolidation ou l'amélioration,
3. le suivi et la vérification qui, à la lumière des constats qui en découlent, permet
4. l'identification des modifications ou améliorations à apporter en mettant à jour (ou en identifiant de nouveaux) les objectifs, les indicateurs de résultats leurs cibles (hauteur des résultats et échéanciers). Cette dernière étape redémarre à son tour le processus à partir de 1, mais en tenant compte maintenant du nouveau contexte créé par l'évolution des besoins et des attentes, des normes de pratiques et tout autre aspect de l'environnement.

Les diverses instances, les coordinations, les services et les employés du CRDI de Québec contribuent à cette démarche, chacun à son niveau. Ces contributions ont un effet d'entraînement sur la grande roue de la démarche d'amélioration de la qualité. Chaque secteur et même chaque employé de l'organisation peut faire référence à ce cycle afin d'améliorer la qualité de service qu'il fournit.

### 6.3 La mise en application du cycle de la qualité

La gestion intégrée de la qualité est réalisée en appliquant le cycle : planifier, réaliser, vérifier, modifier. Déjà, nous avons plusieurs données, de provenances diverses, qui sont disponibles et qui sont utilisées afin de réaliser ce cycle.

Notre planification stratégique est, entre autres, un outil d'intégration des améliorations planifiées et qui sont en voie de réalisation pour l'ensemble de l'organisation. Ce faisant, des données, provenant des réalisations qui y sont faites, sont prises en compte et font l'objet de suivis à des temps déterminés. Aussi, des données provenant de nouvelles activités des services, des rapports des instances officielles ou d'engagements nouveaux apportent des informations supplémentaires qui sont immédiatement intégrées ou le seront lors des phases subséquentes du cycle « planifier-réaliser-vérifier-modifier ».

La planification stratégique<sup>11,12</sup> actuelle a été « synchronisée », afin de couvrir la période anticipée du suivi de trois ans associé à la démarche d'agrément. On y retrouve l'ensemble de la planification des améliorations à réaliser provenant des recommandations du rapport d'agrément, du plan d'amélioration établi par l'établissement, incluant les recommandations de toutes les instances officielles, des employés et des partenaires.

Les objectifs des orientations ont été divisés et planifiés en stratégies et en résultats à produire selon des échéances précises. Chaque direction, chaque instance ou chaque équipe concernée oriente donc sa planification en fonction des objectifs et des cibles qui y sont visés, dans les délais visés. Le suivi global est accompli de façon biannuelle au conseil d'administration et trimestrielle au comité de direction.

11. CRDI de Québec, Planification stratégique 2010-2013, 29 novembre 2010, 19 p.

12. CRDI de Québec, Proposition concernant le suivi de la planification stratégique 2010-2013, 29 novembre 2010, 1 page.

Les suivis se font à intervalles réguliers et, annuellement, en fin d'année financière. La planification est donc mise à jour par la suite. La réalisation se déroule tout au long de l'année.

De façon périodique, puis en fin d'année financière, différents rapports sont produits et distribués aux administrateurs, aux directeurs, aux gestionnaires, aux membres du personnel et aux autres acteurs concernés, afin de permettre l'ajustement des actions et ainsi viser l'amélioration de la qualité des services. Toutes les synthèses sont disponibles à la fin de l'année financière (fin mars). L'ensemble des recommandations émises durant l'année sont alors traitées et intégrées à la planification subséquente.

Ensuite, chaque direction, chaque instance ou chaque comité planifie de nouveau ou met à jour un plan d'action (annuel), qui comporte un calendrier des mandats, des activités, la répartition des responsabilités, leur échéance, ainsi que des indicateurs de résultats (produits livrables), lesquels vont permettre d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs.

Certaines activités se tiennent en cours d'année, telles que des rencontres avec les usagers et avec les partenaires ou les « sondages de la satisfaction des usagers ». Elles permettent à la fois d'identifier les attentes face aux services (la qualité attendue) ainsi que le niveau de satisfaction (la qualité perçue).

Le cycle de la gestion intégrée de la qualité suit toujours les même étapes, mais sa durée varie en fonction de ce qui est mesuré : les orientations stratégiques (3 ans), le plan d'amélioration de l'agrément selon les échéanciers prévus et le bilan annuel, les plans d'action des directions, des équipes ou des comités (sur une base annuelle).

# 7

## 7. LES OUTILS ET LES MÉCANISMES

Le suivi concernant notre gestion intégrée de la qualité s'effectue à l'aide d'un ensemble de tableaux synthèses servant à dresser des bilans périodiques et aussi à l'aide de rapports soumis par diverses instances. Ces données de suivis découlent des recommandations des instances qui les produisent et sont présentées, analysées et approuvées par le CA (parfois à partir de ses comités). Cette étape de vérification faite, ensuite, ces instances prennent acte de ces recommandations et planifient les modifications à faire. Le cycle se poursuit ensuite, jusqu'au rapport suivant. À noter que l'ensemble des rapports et des données devant être présentés au conseil d'administration fait l'objet d'un de leur règlement : le règlement numéro 3.

### 7.1 Les suivis réalisés par le conseil d'administration :

Le conseil d'administration applique la démarche de gestion intégrée de la qualité à partir des données et selon les échéanciers suivants :

| PROCESSUS                                                                                                   | CONTENU                                                                                                         | FRÉQUENCE DES RELEVÉS                                                                         | DATES DES RELEVÉS           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Suivi budgétaire                                                                                            | État de situation quant au budget de l'établissement                                                            | Chaque rencontre du CA<br>(Via le comité de vérification)<br>(rapports sur bases périodiques) | Périodiques                 |
| La planification stratégique qui inclut :                                                                   | Les objectifs inclus dans chacune des orientations                                                              | Deux fois par année (au six mois)                                                             | Avril/mai<br>Décembre       |
| • Le plan d'amélioration agrément                                                                           | Les 26 objectifs inclus au plan d'amélioration                                                                  | Deux fois par année (au six mois)<br>(Intégré dans le tableau des orientations stratégiques)  | Avril/mai<br>Décembre       |
| • Les objectifs prioritaires du CA                                                                          | Les objectifs jugés prioritaires annuellement par le CA                                                         | Deux fois par année (au six mois)<br>(Intégré dans le tableau des orientations stratégiques)  | Avril/mai<br>Décembre       |
| • Les recommandations de l'équipe visiteuse de l'agrément (rapport d'agrément)                              | Les recommandations contraignantes ou non émises au rapport d'agrément                                          | Deux fois par année (au six mois)<br>(Intégré dans le tableau des orientations stratégiques)  | Avril/mai<br>Décembre       |
| • Les objectifs de la planification stratégiques antécédente non réalisés                                   | Les objectifs à réaliser ou à compléter de la démarche antécédente de planification stratégique                 | Deux fois par année (au six mois)<br>(Intégré dans le tableau des orientations stratégiques)  | Avril/mai<br>Décembre       |
| • Les recommandations des différentes instances de l'organisation ou autres devant faire l'objet d'un suivi | Recommandations du Commissaires local aux plaintes et à la qualité des services, coroner (le cas échéant), etc. | Deux fois par année (au six mois)<br>(Intégré dans le tableau des orientations stratégiques)  | Avril/mai<br>Décembre       |
| Tableaux de bord (règlement no. 3) (rapport trimestriel sur une base périodique : 13 indicateurs)           | Les éléments des rapports périodiques cités au règlement numéro 3 du CA                                         | Quatre fois par an<br>Dépôt du document                                                       | Sept<br>Déc<br>Mars<br>Juin |

| PROCESSUS                                                                   | CONTENU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FRÉQUENCE DES RELEVÉS                                                                                             | DATES DES RELEVÉS |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport annuel de gestion</li> </ul> | <p>Ce rapport inclut les rapports et recommandations des instances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le conseil multidisciplinaire</li> <li>Le conseil des infirmiers et infirmières</li> <li>Le comité de vigilance et de la qualité</li> <li>Le comité des usagers</li> <li>Le COSA</li> <li>Le comité de gestion des risques</li> <li>Le comité d'éthique</li> <li>Les orientations stratégiques et les priorités d'action</li> <li>L'entente de gestion avec l'Agence et ses résultats</li> <li>Suivi du plan d'amélioration de l'agrément</li> <li>La sécurité des services : gestion des risques, mesures de contrôle, recommandation du coroner le cas échéant</li> <li>Le rapport du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services</li> <li>Les états financiers</li> <li>La mission</li> <li>Les données statistiques sur la clientèle</li> </ul> | Une fois par année                                                                                                | Juin              |
| Rapport du Commissaire aux plaintes et à la qualité                         | Statistique au sujet des plaintes et interventions du Commissaire<br>Recommandations découlant du traitement des plaintes et des interventions de la Commissaire.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Suivi trimestriel (4 fois par année) au comité de vigilance<br>Un rapport annuel une fois par année, déposé au CA | Avril/mai         |
| Rapport sur l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle             | Nombre d'autorisations et d'applications exceptionnelles de mesures de contrôle, analyse de résultats, recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Une fois par année<br>• (Via le comité de vigilance)<br>• Dépôt au CA présentation au CA si requise.              | Avril/mai         |
| Rapport annuel sur la gestion des risques                                   | Nombre d'incidents et d'accidents, niveaux de gravité, analyse et recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Une fois par année<br>• (via le comité de vigilance)<br>• Dépôt au CA présentation au CA si requise.              | Avril/mai         |
| Rapport annuel sur la gestion des ressources humaines                       | Activités, résultats et enjeux de cette direction : recrutement, embauche, PDRH, formation, stages, relations de travail, santé et sécurité au travail, gestion du personnel, liste de rappel, soutien au personnel et aux cadres, reconnaissance au travail, départs à la retraite, etc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Une fois par année<br>• Présentation et dépôt au CA                                                               | Avril/mai         |
| Rapports ad hoc                                                             | Sur demande<br>Selon les événements particuliers.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ponctuel                                                                                                          |                   |

## 7.2 Les suivis réalisés par le comité de direction

Le comité de direction applique la démarche de gestion de la qualité à partir des données et selon les échéanciers suivants :

| PROCESSUS                                                                                                                                                   | CONTENU                                                                                                                                  | FRÉQUENCE DES RELEVÉS                                                                          | DATES DES RELEVÉS                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Suivi budgétaire                                                                                                                                            | État de situation quant au budget de l'établissement                                                                                     | Rencontres du comité de direction correspondant à chaque fin de périodes financières (13)      | Périodiques, à chaque fin de période financière. |
| La planification stratégique qui inclut :                                                                                                                   | Les objectifs inclus dans chacune des orientations                                                                                       | Quatre fois par année                                                                          | Avril/mai<br>Décembre                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Le plan d'amélioration agrément</li> </ul>                                                                           | Les 26 objectifs inclus au plan d'amélioration                                                                                           | Quatre fois par année (aux trois mois) (Intégré dans le tableau des orientations stratégiques) | Sept<br>Déc<br>Mars<br>Juin                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs prioritaires du CA</li> </ul>                                                                          | Les objectifs jugés prioritaires annuellement par le CA                                                                                  | Quatre fois par année (aux trois mois) (Intégré dans le tableau des orientations stratégiques) | Sept<br>Déc<br>Mars<br>Juin                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les recommandations de l'équipe visiteuse de l'agrément (rapport d'agrément)</li> </ul>                              | Les recommandations contraignantes ou non émises au rapport d'agrément                                                                   | Quatre fois par année (aux trois mois) (Intégré dans le tableau des orientations stratégiques) | Sept<br>Déc<br>Mars<br>Juin                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs de la planification stratégiques antécédente non réalisés</li> </ul>                                   | Les objectifs à réaliser ou à compléter de la démarche antécédente de planification stratégique                                          | Quatre fois par année (aux trois mois) (Intégré dans le tableau des orientations stratégiques) | Sept<br>Déc<br>Mars<br>Juin                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Les recommandations des différentes instances de l'organisation ou autres devant faire l'objet d'un suivi</li> </ul> | Recommandations du Commissaires local aux plaintes et à la qualité des services, coroner (le cas échéant), etc.                          | Quatre fois par année (aux trois mois) (Intégré dans le tableau des orientations stratégiques) | Sept<br>Déc<br>Mars<br>Juin                      |
| Tableaux de bord (règlement no. 3) (rapport trimestriel sur une base périodique : 13 indicateurs)                                                           | Les éléments des rapports périodiques cités au règlement numéro 3 du CA ainsi que des données sur certains processus de gestion interne. | Quatre fois par an<br>Dépôt du document                                                        | Sept<br>Déc<br>Mars<br>Juin                      |

| PROCESSUS                                                                               | CONTENU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FRÉQUENCE DES RELEVÉS                                                                                                                                                      | DATES DES RELEVÉS     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Rapport annuel de gestion                                                               | Ce rapport inclut les rapports et recommandations des instances suivantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le conseil multidisciplinaire</li> <li>• Le comité de vigilance et de la qualité</li> <li>• Le comité des usagers</li> <li>• Le COSA</li> <li>• Le comité de gestion des risques</li> <li>• Le comité d'éthique</li> <li>• Les orientations stratégiques et les priorités d'action</li> <li>• L'entente de gestion avec l'Agence et ses résultats</li> <li>• Suivi du plan d'amélioration de l'agrément</li> <li>• La sécurité des services : gestion des risques, mesures de contrôle, recommandation du coroner le cas échéant</li> <li>• Le rapport du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services</li> <li>• Les états financiers</li> <li>• La mission</li> <li>• Les données statistiques sur la clientèle</li> </ul> | Annuel                                                                                                                                                                     | Juin                  |
| Rapport du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services                  | Statistique au sujet des plaintes et interventions du Commissaire<br>Recommandations découlant du traitement des plaintes et des interventions du Commissaire.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Une fois par année <ul style="list-style-type: none"> <li>• (via le comité de vigilance)</li> <li>• Suivi trimestriel (4 fois par année) au comité de vigilance</li> </ul> | Avril/mai             |
| Rapport sur l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle                         | Nombre d'autorisations et d'applications exceptionnelles de mesures de contrôle, analyse de résultats, recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Une fois par année <ul style="list-style-type: none"> <li>• (via le comité de vigilance)</li> <li>• Dépôt au CA présentation au CA si requise.</li> </ul>                  | Avril/mai             |
| Rapport annuel sur la gestion des risques                                               | Nombre d'incidents et d'accidents, niveaux de gravité, analyse et recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Une fois par année <ul style="list-style-type: none"> <li>• (via le comité de vigilance)</li> <li>• Dépôt au CA présentation au CA si requise.</li> </ul>                  | Avril/mai             |
| Rapport annuel sur la gestion des ressources humaines                                   | Activités, résultats et enjeux de cette direction : recrutement, embauche, PDRH, formation, stages, relations de travail, santé et sécurité au travail, gestion du personnel, liste de rappel, soutien au personnel et aux cadres, reconnaissance au travail, départs à la retraite, etc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Une fois par année <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation et dépôt au CA</li> </ul>                                                                         | Avril/mai             |
| Rapports ad hoc                                                                         | Sur demande<br>Selon les événements particuliers.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ponctuel                                                                                                                                                                   |                       |
| Dossiers ou engagements particuliers pour l'année en cours et faisant l'objet de suivis | Les objectifs spécifiques pour l'année en cours                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Quatre fois par année (aux trois mois)<br>(Intégré dans le tableau des orientations stratégiques)                                                                          | Avril/mai<br>Décembre |

| PROCESSUS                                                                                 | CONTENU                                                                                                    | FRÉQUENCE DES RELEVÉS                                                               | DATES DES RELEVÉS                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Bilan des plans d'action (directions, comités)                                            | Les objectifs poursuivis par chaque direction et comité                                                    | Annuel                                                                              | Avril/mai                        |
| Rapport sur l'évaluation des programmes et des services                                   | Résultats et recommandations issus de l'évaluation de chaque programme ou service                          | Selon les mandats                                                                   | Selon les mandats                |
| Rapport sur l'implantation des standards de pratique selon le calendrier de la Fédération | Les « indicateurs » qualité identifiés par chaque comité de travail sur les standards                      | Suivi des comités d'implantation (intégré au suivi de la planification stratégique) | Selon le déroulement des travaux |
| Visite qualité du MSSS                                                                    | Recommandations sur l'amélioration des services en milieux résidentiels                                    | Le cas échéant, intégré au suivi de la planification stratégique                    | Avril/mai<br>Décembre            |
| Sondages continus sur la satisfaction des usagers                                         | Les résultats globaux et par service<br>Importance d'assurer la continuité avec les sondages de l'agrément | Trois relevés par année                                                             | Septembre<br>Janvier<br>Mai      |
| Le plan de développement des ressources humaines                                          | Les recommandations du comité                                                                              | Ponctuel et annuel                                                                  | Ponctuel et en mai               |
| Le comité santé et sécurité au travail                                                    | Les recommandations du comité                                                                              | Ponctuel et annuel                                                                  | Ponctuel et en mai               |

### 7.3 Les suivis réalisés par les directions auprès de leurs coordinations, leurs services, leurs groupes de travail et leurs employés

Chaque direction coordonne et fait le suivi de la réalisation des objectifs de la planification stratégique les concernant; en tenant compte de l'utilisation efficiente des ressources de l'établissement. À leur tour, elles s'assurent que l'information pertinente soit disponible aux employés pour leur équipe et que ces derniers y participent sur la base de la qualité attendue et voulue et puissent contribuer aux résultats de la qualité perçue et rendue.

Les résultats aux indicateurs et données pertinentes leur sont présentés, afin qu'ils puissent à leur tour faire les constats (vérifier) et ensuite, modifier et planifier de nouveau les actions à réaliser et les moyens à prendre pour atteindre les objectifs ciblés.

## CONCLUSION

Bien qu'elle soit appuyée sur les meilleures pratiques et sur la réalité de notre quotidien, la description d'un tel foisonnement de démarches de gestion intégrée de la qualité, telle qu'elle se vit au CRDI de Québec, demeurera imparfaite. C'est justement sur cette réalité qu'elle tire sa raison d'être. Cependant, il importe qu'elle soit guidée dans un sens toujours plus intégrateur des efforts de tous et chacun, chacune, appuyée sur nos valeurs et orientations et engagée à consigner ses produits en résultats fiables et vérifiables. C'est en ce sens que nous contribuons tous : « Ensemble, pour toute la valeur du monde ».

## RÉFÉRENCES

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (2000), « *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé* », © ANAES, Paris, 136 p.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2009), « *Guide de la gestion intégrée de la qualité* », 106 p.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2010), « *Le tableau de bord d'un conseil d'administration* » Outils de gouvernance pour les administrateurs – Le tableau de bord stratégique : définition et qualités, site internet de l'AQESS, 3 p.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2009), « *! Stratège, Tableau de bord de gestion stratégique, Résolument tourné vers l'avenir ...* » document power point,

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2010), « *! Stratège, Liste des indicateurs 2010* »

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2010), « *Guide pour une gestion intégrée de la qualité* » Montréal, 36 p.

Champagne, F et coll. (2005), « *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS, Résumé* », Conseil de la santé et bien-être, Gouvernement du Québec, Ste-Foy, Qc, 40 p.

Conseil québécois d'agrément (2009), « *Le système d'agrément, Pour une gestion intégrée de la qualité, version 1* » Montréal, © Conseil québécois d'agrément, 64 p.

CRDI de Québec (2010), « *Planification stratégique 2010-2013* », document adopté par Conseil d'administration, 25 novembre 2010, 19 pages

CRDI de Québec (2009), « *Proposition d'un cadre de référence en évaluation de programme pour le Centre de réadaptation déficience intellectuelle de Québec* », Document de travail, Direction adjointe à la direction générale, juin 2009,

CRDI de Québec (2007), « *Planification stratégique 2007-2012, 15 p* »

C.S.S.S Cavendish (2010), « *Programme d'amélioration continue de la qualité (PACT)* », direction de la qualité, des programmes et de la mission universitaire, © CSSS Cavendish, 13 mai 2010, 40 p.

Dubois, Nathalie, Ph.D., Houda Ouchene, M.Sc., (2010), « *Cadre de référence pour le développement conjoint (CSSS/DSP) d'un système d'appréciation de la performance du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'actions locaux (PAL) en santé publique du territoire montréalais*, » Direction de santé publique et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Bureau de soutien à la direction à planification et aux partenariats (BSDPP), Montréal, 88 p.

Gouvernement du Québec (2006), « *Le cadre intégré de la gestion de la qualité de l'Institut de la statistique du Québec, Document d'orientation générale* », Institut de la statistique du Québec, Québec, 20 p.

Gouvernement du Québec (2006), « *Politique générale en matière de gestion de la qualité de l'Institut de la statistique du Québec, Document d'orientation générale* », Institut de la statistique du Québec, Québec, 15 p.

Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec (2011), « *Gestion intégrée de la qualité et de la performance – Cadre de référence, version 0,7* » Projet, (document de travail), 15 février 2011, 19 p.

Lavoie, P (2009), « *Proposition d'un cadre de référence en évaluation de programme pour le Centre de réadaptation déficience intellectuelle de Québec* », Rapport de travail dirigé présenté à l'ENAP en vue de l'obtention de la Maîtrise en administration publique, Option pour analystes (Évaluation de programme), CRDI de Québec, Québec, juin 2009.

Mazouz, B., Leclerc, J., Tardif, M.J.B.,(2008) « *La gestion intégrée par résultats. Concevoir et gérer autrement la performance dans l'Administration publique.* » Presses de l'université du Québec, Québec, pp. 282 et 283.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (2006), « *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec*, » MSSS, 66 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (2006), « *Cadre de référence : ententes de gestion et d'imputabilité entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences de santé et de services sociaux* », MSSS, 21 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (2006), « *Cadre de référence sur la sélection des indicateurs des ententes de gestion et d'imputabilité, document de travail* », MSSS, 28 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (2010), « *TBIG : Tableaux de bord sur les informations de gestion, Guide d'utilisation, (version 2010-12-09)*, » MSSS, direction de la gestion intégrée de l'information, 22 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (2010), « *Ententes de gestion : fiches descriptives des indicateurs MSSS* », 20 fiches.

Ministère des relations internationales (2006). « *Politique ministérielle d'évaluation de programme* », Québec, p.

Morin, Pierre (2008), « *Cadre de référence et modèle opérationnel sur le suivi des orientations stratégiques et de l'amélioration de la qualité de la mesure de performance, Document de travail*, » CRDI de Québec de Québec, Québec, 54 p.





CENTRE DE RÉADAPTATION  
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE  
de QUÉBEC