Document généré le 6 août 2025 11:59

Service social

Le système québécois d'agrément. Un outil d'évaluation

Marcel Sénéchal

Volume 47, numéro 1-2, 1998

Évaluation – Colloque 1999

URI : https://id.erudit.org/iderudit/706784ar
DOI : https://doi.org/10.7202/706784ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Sénéchal, M. (1998). Le système québécois d'agrément. Un outil d'évaluation. *Service social*, *47*(1-2), 111–136. https://doi.org/10.7202/706784ar

Résumé de l'article

Le système québécois d'agrément a été conçu et mis en place par le réseau des CLSC et implanté en 1995. Il est administré par un organisme indépendant, le Conseil québécois d'agrément. Depuis 1995, se sont ajoutés au programme d'agrément des CLSC d'autres programmes couvrant les services et visant la clientèle des autres établissements du réseau public de la santé et des services sociaux. Le système d'agrément fournit aux établissements qui souhaitent l'utiliser un cadre de référence qui leur permet d'évaluer la qualité de leur organisation et des services qu'ils offrent. L'établissement procède d'abord à une démarche d'autoévaluation en se référant aux normes proposées et il en soumet les résultats à une équipe de pairs provenant d'autres établissements. Ces derniers, après analyse et visite de l'établissement, donnent leur avis sur l'à-propos des jugements émis par l'établissement, qui est alors en mesure d'apporter les ajustements nécessaires à son plan d'amélioration.

Tous droits réservés © Service social, 1998

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Le système québécois d'agrément
Un outil d'évaluation

Marcel SÉNÉCHAL

Le système québécois d'agrément a été conçu et mis en place par le réseau des CLSC et implanté en 1995. Il est administré par un organisme indépendant, le Conseil québécois d'agrément. Depuis 1995, se sont ajoutés au programme d'agrément des CLSC d'autres programmes couvrant les services et visant la clientèle des autres établissements du réseau public de la santé et des services sociaux. Le système d'agrément fournit aux établissements qui souhaitent l'utiliser un cadre de référence qui leur permet d'évaluer la qualité de leur organisation et des services qu'ils offrent. L'établissement procède d'abord à une démarche d'autoévaluation en se référant aux normes proposées et il en soumet les résultats à une équipe de pairs provenant d'autres établissements. Ces derniers, après analyse et visite de l'établissement, donnent leur avis sur l'à-propos des jugements émis par l'établissement, qui est alors en mesure d'apporter les ajustements nécessaires à son plan d'amélioration.

The Québec accreditation system was created and developed by the CLSC network and implemented in 1995. It is run by an independent body, the Conseil québécois d'agrément (Québec Accreditation Council). Since 1995, other programs have been added to the CLSC accreditation program, covering the services and client groups of other institutions in the public health and social services network. The accreditation system offers institutions who wish to use it a frame of reference enabling them to evaluate the quality of their organization and the services they provide. The institution first conducts a self-evaluation process referring to the suggested standards, and submits the results to a team of peers from other institutions. After analyzing the results and visiting the institution, this team renders its opinion on the appropriateness of the decisions made by the institution. The latter is then in a position to make the changes required to its improvement plan.

À plusieurs occasions, lors du colloque sur « L'évaluation des politiques, programmes et services » tenu en juin 1999, des participants ont exprimé l'avis que le système québécois d'agrément s'avérait un outil précieux pour les établissements qui voulaient procéder à une évaluation de leur organisation et de leurs services. Si tel est le cas, « mission accomplie! », puisque la mise en place du système québécois d'agrément cherchait précisément à répondre à ce besoin.

Au cours du même colloque, on a pu également constater que peu de gens, parmi ce groupe de personnes pourtant préoccupées par l'évaluation, connaissaient le système québécois d'agrément même si une quarantaine d'établissements se sont déjà soumis à une démarche d'agrément. Il n'est certes pas inutile par conséquent d'en décrire ici les principales composantes. Le cadre normatif, le processus poursuivi pour réaliser un agrément et les modalités entourant le travail de l'équipe visiteuse seront au cœur de notre présentation. Mais nous aurons d'abord tracé l'historique de l'implantation du système et décrit l'organisme qu'est le Conseil québécois d'agrément. Ce dernier, même s'il a pour principale fonction de procéder à l'agrément formel des établissements, s'est aussi donné comme rôle de faire profiter les différents réseaux d'établissements des leçons qui peuvent être tirées de l'ensemble des agréments déjà réalisés. Aussi terminerons-nous notre article en faisant profiter le lecteur du bilan que nous pouvons dresser de nos récentes expériences.

L'HISTORIQUE

Définition de l'agrément

Les expressions *agrément*, *accréditation*, *reconnaissance*, *certification*, *analyse institutionnelle*, *évaluation institutionnelle*, *évaluation de programmes* recouvrent des réalités diverses qui appellent une clarification des concepts. Il faut dès lors s'intéresser plus aux objectifs auxquels ces concepts renvoient qu'aux termes qui les désignent.

> Toutes les définitions... réfèreront à l'exercice d'un jugement quant au maintien et au développement de conditions propres à permettre une plus complète réalisation organisationnelle ou professionnelle et une meilleure réponse aux besoins sur lesquels se fonde l'existence de l'organisation ou de la profession[1].

1. Denis Lebel, *Vers une stratégie de développement de la qualité pour le réseau des CLSC*, Québec, Momentum Groupe-Conseil, 1987.

Sans produire ici une définition de chacun de ces concepts, établissons que l'« accréditation » est un anglicisme dont l'équivalent serait « agrément » selon l'Office de la langue française. Nous avons convenu de définir ainsi l'agrément :

> Système de reconnaissance de programmes ou d'établissements, comportant généralement une démarche d'autoévaluation dans l'organisation, suivie d'une inspection par une équipe d'experts, dont le rapport est présenté à l'instance reconnue (le plus souvent non gouvernementale) qui juge de la satisfaction des standards de qualité établis par elle; l'agrément est accordé pour une période donnée; il peut aussi être temporaire ou conditionnel, et exige alors un rapport subséquent sur les corrections apportées aux lacunes relevées.

Même si cette définition peut mieux faire comprendre ce que les différents systèmes d'agrément ont en commun, c'est par l'étude des réalités qu'on peut mieux saisir la cohérence et la dynamique. Car chaque système d'agrément se distingue des autres par l'identification des agents et des objets d'évaluation, des mécanismes, des instruments, des sources de financement, de la façon de rendre compte, de l'instance à qui les comptes sont rendus et des diverses retombées de l'évaluation.

L'agrément ailleurs dans le monde

Les premières instances d'accréditation ou d'agrément ont été mises en place par des regroupements de professionnels.

C'est à l'Association américaine des chirurgiens qu'on doit l'établissement, en 1917, d'un premier système d'accréditation dont l'objectif était d'assurer la meilleure qualité de soins possible. L'association en assure elle-même la gestion jusqu'en 1951 alors qu'elle prend l'initiative de créer la « Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ».

Jusqu'en 1960, les hôpitaux canadiens sont accrédités par l'organisme américain. Mais, cette année-là, on crée au Canada le Conseil canadien d'agrément des soins de santé, organisation privée non gouvernementale qui intervient principalement dans le réseau hospitalier.

Plus récemment d'autres pays ont créé leur propre système d'accréditation des hôpitaux : l'Australie (1974), l'Espagne (Catalogne, 1981), la Nouvelle-Zélande (1991), le Royaume-Uni (1995), la France (1996)

et l'Italie (1997). Particulièrement dans les pays d'Europe, ce sont les pouvoirs publics qui prennent souvent l'initiative des démarches d'accréditation.

L'accréditation est d'inspiration anglo-saxonne. C'est de cette approche que s'est inspiré le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, devenu en 1988 le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé et, plus récemment (1995), le Conseil canadien des soins de santé.

L'agrément québécois

Étude préliminaire

Les travaux ayant conduit à l'implantation d'un système québécois d'agrément ont débuté en 1987. Le ministère de la Santé et des Services sociaux venait à peine de tirer un trait sur son équipe d'agrément qui visitait les établissements du réseau afin de vérifier si ces derniers se conformaient aux normes tirées principalement des lois et règlements.

Le réseau des CLSC récemment parachevé s'était vu transférer d'importants mandats des centres de services sociaux et des départements de santé communautaire. Les ressources accompagnant ces mandats représentaient près de deux cents millions de dollars. La Fédération des CLSC avait, d'une part, fait les représentations auprès des associations partenaires et auprès du Ministère pour que ces transferts se réalisent. D'autre part, elle se souciait d'apporter à son réseau d'établissements le soutien nécessaire pour qu'ils puissent assumer adéquatement ces nouveaux mandats.

Il faut dire que les directions d'établissements, de même que les professionnels et intervenants, avaient clairement manifesté leur inquiétude quant à leur capacité d'assumer ces nouvelles responsabilités. On était par conséquent à la recherche de moyens pouvant leur faciliter la tâche et susceptibles de les rassurer quant à la qualité des services qu'ils devaient dorénavant fournir à leur population.

Le premier geste posé par la Fédération fut de créer une nouvelle direction affectée à l'analyse et à l'évaluation des programmes. Cette dernière reçut le mandat de présenter des voies de développement

de la qualité dans le réseau des CLSC en s'inspirant de formules en usage dans d'autres réseaux. Pour ce faire, elle se préoccupa notamment de vérifier la possibilité que le réseau des CLSC se dote d'un système d'évaluation de la qualité des services.

La nouvelle direction commanda une étude qui consistait à :

- clarifier les différents concepts en présence (évaluation, accréditation, analyse institutionnelle, etc.) du point de vue de leurs causes, de leur nature et de leurs fins;
- faire l'inventaire des systèmes existant dans les réseaux de la santé, de l'éducation ainsi que dans le secteur privé;
- faire une étude comparative de ces systèmes (objectifs, critères, fonctionnement, activités, coûts, etc.);
- présenter différentes options adaptées au réseau des CLSC;
- présenter les avantages et les désavantages de chaque option ainsi que leurs implications sur le plan des ressources humaines et financières.

Au terme d'un premier inventaire, on décida de retenir trois modèles de développement qui furent l'objet de trois monographies distinctes :

- Mouvement Desjardins (modèle de développement intégré);
- Conseil canadien d'agrément des hôpitaux (modèle d'agrément par les pairs);
- Conseil des collèges (modèle de l'encadrement de l'évaluation).

Chacun de ces modèles pouvait constituer un scénario de développement de la qualité pour le réseau des CLSC. Il restait à les documenter sous l'angle des finalités, des principes qui les sous-tendaient, des conditions organisationnelles, des formes d'intervention, des objets d'évaluation, des résultats, des ressources nécessaires et du mode de financement possible. Le rapport de l'étude fut déposé en juin 1987.

Phase de conception

Après analyse du rapport, la Fédération des CLSC décidait de doter son réseau d'un système relevant du modèle d'agrément par les pairs, mais adapté à la réalité des CLSC. Il restait à procéder à la conception

d'un tel système. Il fallait, d'une part, élaborer le cadre normatif permettant aux établissements de bien cerner la qualité de leurs services et de leur organisation, de l'évaluer et de l'améliorer. On prévoyait d'autre part créer une instance neutre, distincte du Ministère, des régies régionales et des associations d'établissements pour gérer le cadre retenu.

Les énergies furent d'abord consacrées à la conception du cadre normatif. On aurait pu demander à une équipe de chercheurs d'assumer une telle tâche et d'en confier ensuite l'administration à l'instance d'agrément qu'il fallait mettre en place.

On a plutôt choisi de former un comité composé des représentants de douze établissements, nommé le CÉNA (comité d'élaboration des normes d'agrément) qui, soutenu par une ressource externe, soumit à un comité provisoire d'implantation de la future instance d'agrément une proposition de cadre normatif. Une telle stratégie visait à faciliter l'adhésion des établissements au futur système en leur permettant de s'approprier, par leur participation à la phase de développement, le cadre normatif.

Phase de validation et d'expérimentation

Les travaux de conception du système furent terminés en 1993. Fut alors entreprise une phase de validation des instruments et d'expérimentation de la démarche telle que conçue en procédant à l'agrément de sept CLSC membres du CÉNA. Cette nouvelle étape connut son dénouement au printemps 1995. On en fit un bilan qui permit d'apporter au système les ajustements requis. À l'automne 1995, on était prêt à l'implanter, mais il fallait en assurer le fonctionnement. Le nouveau conseil d'agrément présenta une demande au Ministère pour obtenir son soutien financier tout au moins pour la période d'implantation.

Phase d'implantation

C'est alors que le Ministère demanda au nouvel organisme s'il était possible d'élargir son mandat pour pouvoir offrir un programme d'agrément aux autres établissements du réseau. Une analyse faite en ce sens du système conçu pour le réseau des CLSC démontra de façon satisfaisante que le cadre normatif pouvait servir à l'agrément de

l'ensemble des établissements à condition qu'on apporte les adaptations requises sur le plan des modalités d'application pour tenir compte de la nature des services offerts et des publics rencontrés.

Sur invitation du Ministère, le conseil d'administration du Conseil québécois d'agrément accepta de procéder aux développements nécessaires pour qu'un programme d'agrément puisse couvrir l'ensemble des établissements quelle que soit la nature des services offerts et de la clientèle à laquelle ces services s'adressent. Le Conseil a déjà diffusé auprès des établissements concernés ses différents manuels d'accréditation. Seuls les centres hospitaliers dotés de plus de cinquante lits n'ont pas accès actuellement à un programme d'agrément offert par le Conseil québécois d'agrément. Considérant le fait que ces derniers constituaient la clientèle principale du Conseil canadien des soins de santé, le Conseil québécois d'agrément n'a pas jugé prioritaire de mettre en place un programme d'agrément à leur intention.

LE CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT : L'ORGANISME

Statut légal

Le Conseil québécois d'agrément d'établissements de santé et de services sociaux est, au sens de la loi, un organisme privé sans but lucratif. Il a été institué en vertu de la troisième partie de la loi sur les compagnies. Sa charte date d'avril 1995. Peuvent en devenir membres les associations d'établissements, les ordres professionnels, les organismes qui se portent à la défense des intérêts et des droits des usagers et tout autre organisme intéressé à condition que ces associations, ordres professionnels et organismes œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il s'agit alors d'adresser une demande d'adhésion au conseil d'administration du CQAÉSSS. Devenir membre n'entraîne aucuns frais.

Le conseil d'administration du CQAÉSSS est composé de représentants des ordres professionnels (6), des organismes représentant les usagers (6) et des associations d'établissements (6). Font également partie du conseil d'administration deux personnes cooptées par l'ensemble des administrateurs et le directeur général.

Mission

Le CQAÉSSS a pour mission de soutenir les organisations dispensant des services sociosanitaires dans leur recherche d'amélioration continue de la qualité des services offerts à la population. À cet effet :

- il élabore un cadre de référence et des normes permettant de définir, d'apprécier et d'améliorer la qualité des services;
- il offre aux organisations des services de soutien dans leur démarche d'amélioration continue de la qualité des services;
- il offre à ces mêmes organisations la possibilité de recevoir une reconnaissance officielle basée sur un jugement extérieur quant à leur performance en matière de qualité de leurs services.

Fonctions

Le CQAÉSSS exerce plusieurs fonctions. Il informe les établissements de l'existence des différents programmes d'agrément et les forme à leur utilisation. Il procède à l'agrément formel des établissements. Le Conseil recrute également les personnes qui vont agir à titre d'évaluateurs, les forme et les supervise.

Il fait profiter le réseau des analyses qu'il peut faire de l'ensemble des démarches d'agrément déjà réalisées. Enfin, un de ses rôles consiste à mettre à jour et à faire progresser le système d'agrément et les programmes d'agrément qui en découlent.

Orientations

Le soutien à l'amélioration continue de la qualité des services des organisations du secteur sociosanitaire est la raison d'être du CQAÉSSS.

En conséquence, il élabore et propose des normes et des standards de haut niveau, en évolution constante, ceux-ci étant considérés comme des objectifs à atteindre plutôt que comme un aboutissement. Il se tient à la fine pointe de la recherche en matière de qualité des services de santé et des services sociaux à l'échelle mondiale afin de développer une instrumentation et des standards de qualité comparables aux meilleures pratiques existantes et adaptées au contexte québécois. Il oriente le processus d'agrément sur les services à la

population et considère la qualité de la gestion dans sa fonction d'appui à la qualité des services. Il choisit en outre d'offrir un produit flexible et sur mesure misant sur les capacités d'adaptation des établissements et organismes.

Aux yeux du Conseil, la démarche d'agrément doit demeurer volontaire. Elle s'inscrit dans une démarche d'établissement qui veut amorcer ou consolider un processus d'amélioration continue de la qualité de ses services. Le fait d'entreprendre une démarche d'agrément sur une base volontaire facilite son implication et la mobilisation de son personnel. Il en tire plus de profit que si une telle démarche lui était imposée. En corollaire, parce que le choix de s'engager dans une démarche d'agrément relève de la seule décision du conseil d'administration d'un établissement ou d'un organisme, les résultats d'une telle démarche lui appartiennent et il est le seul à pouvoir en disposer.

Le Conseil s'engage donc à garder confidentielles l'ensemble des informations relatives à la démarche d'agrément. Autrement dit, le dossier de l'établissement et le rapport que le Conseil lui transmet au terme de la démarche demeurent la propriété de l'établissement qui en dispose selon ses propres décisions. Ce dernier, s'il a été agréé, fait connaître au public la décision en affichant un certificat émis par le Conseil, accompagné, s'il le souhaite, d'une bannière qui peut être installée à l'extérieur de la bâtisse.

Le Conseil juge essentielle la neutralité de l'organisme chargé d'évaluer la qualité des services; il privilégie donc son autonomie et tend à l'assurer par différents moyens :

> une représentation diversifiée à son conseil d'administration, un financement provenant de sources diverses, le développement d'un fort leadership de compétence en matière d'appréciation de la qualité des services et la diffusion d'une information au public sur les exigences du système québécois d'agrément et les questions relatives à la qualité dans l'ensemble des organisations sociosanitaires, de même que l'élaboration d'un code d'éthique vis-à-vis de sa clientèle, de ses partenaires et de ses bailleurs de fonds.

Biens livrables

Un établissement qui s'engage dans une démarche d'agrément se procure essentiellement trois biens : un cadre de référence (cadre normatif), une proposition de démarche d'application de ce cadre de référence et enfin le point de vue qu'une équipe externe formulera au terme d'une visite effectuée dans l'établissement.

LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence dont dispose l'établissement pour faire son autoévaluation lui permet

- de cerner la qualité des services qu'il offre et celle de son organisation,
- d'évaluer cette qualité
- et de l'améliorer.

Nous décrivons ici ce cadre normatif en présentant d'abord les principes qui le sous-tendent, le concept « qualité » dont il s'inspire, les objets d'évaluation et les critères et normes utilisés.

Les principes

Les établissements sont les premiers responsables de la qualité des services qu'ils offrent. Il vaut la peine qu'ils s'intéressent à la qualité des services qu'ils offrent dans la mesure où ils en sont en bonne partie responsables. C'est à eux que les personnes s'adressent si elles ont besoin d'aide et de soins. La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chap. S-4.2) définit clairement les fonctions qu'un établissement exerce à l'égard de la qualité par l'article 172 :

> Le conseil d'administration doit en outre pour tout établissement qu'il administre s'assurer :
>
> 1. de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés;
> 2. du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
> 3. de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;

4. de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Le système d'agrément demeure en conséquence un outil qui permet à l'établissement d'évaluer dans quelle mesure il s'acquitte de ses responsabilités dans son processus de recherche d'une meilleure qualité de services. Il n'a pas été conçu pour juger des décisions prises par d'autres instances que lui-même. L'établissement est appelé à porter un jugement sur les décisions qu'il a prises compte tenu de ses obligations et des contraintes qu'il rencontre. Il rend compte de ses choix face aux opportunités qui se sont présentées.

La qualité résulte d'une quête incessante. La qualité est plus un objectif qu'un état de fait. Nous constatons que nous avons atteint un certain niveau de qualité, mais un ensemble de facteurs nous obligent à apporter les changements requis pour tout au moins maintenir un même niveau sinon passer à un niveau supérieur. D'une part, nous pouvons toujours faire mieux en corrigeant les faiblesses que nous avons identifiées; d'autre part, nous devons faire une lecture continue de l'évolution des caractéristiques de notre clientèle, être à l'affût des nouvelles technologies et des nouvelles manières de faire et faire face aux nouvelles conjonctures dans lesquelles nous évoluons. Corriger nos lacunes et nous ajuster constamment pour offrir des services mieux adaptés aux besoins des usagers constituent les principaux défis que pose la recherche d'une meilleure qualité. Il en résulte que la qualité s'identifie plus à un processus continu qu'à un résultat atteint dans le temps.

L'évaluation se révèle un instrument indispensable à l'amélioration de la qualité. La recherche d'une meilleure qualité exige que nous nous donnions des temps pour faire le point sur nos réalisations. Vérifier la pertinence et l'atteinte de nos objectifs, identifier nos forces et nos faiblesses, établir nos stratégies d'amélioration s'avèrent des exercices nécessaires si nous voulons progresser. L'évaluation doit être intimement intégrée à la gestion des organisations et des services dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La poursuite de la qualité requiert l'engagement de toutes les personnes faisant partie de l'organisation. Il se trouve que l'ensemble des personnes engagées dans une organisation n'ont qu'un seul intérêt en commun : la qualité du service offert à l'usager. Chacun contribue

dans l'exercice de ses tâches. Le conseil d'administration, le professionnel, le gestionnaire, le préposé à l'entretien partagent le même objectif. Leurs activités ont un même sens : faire en sorte que l'usager reçoive un service de qualité. Aussi, nous ne pouvons imaginer une démarche visant à améliorer la qualité du service qu'on donne sans qu'elle mette à contribution ces différents acteurs.

L'organisation responsable doit rendre compte de son fonctionnement et de ses services. Parce qu'elle est responsable de la qualité des services qu'elle offre, une organisation doit en rendre compte. L'agrément sert également de moyen pour celle qui désire ce faire, en fournissant un avis et des recommandations formulées par des personnes qui connaissent bien le secteur de services qu'elle dispense. En conséquence, le Conseil québécois d'agrément ne fait pas qu'aider l'établissement dans son processus d'amélioration de la qualité de ses services; non seulement il est en mesure de témoigner du niveau de qualité atteint à tel moment de sa démarche, mais il reflète également sa capacité d'adaptation aux conditions fluctuantes de son environnement.

Le concept « qualité »

Même si nous énoncions plus haut que l'ensemble des acteurs, dans une organisation, contribuent, par les fonctions qu'ils exercent, à produire des services de qualité, il est assez exceptionnel qu'on observe que ceux-ci ont pris le temps de définir la conception que l'organisation veut se donner de la qualité. Tout se passe comme si l'on présumait que tous entendent à peu près la même chose ou qu'il n'y a qu'une façon de la définir. Ce n'est pas ce que l'on peut constater lorsqu'on se livre à l'exercice de donner un contenu précis au concept « qualité ». La qualité peut être considérée sous différentes facettes selon la position qu'on occupe par rapport à l'organisation. De fait, nous pouvons distinguer trois catégories de points de vue.

Être bien accueilli lorsqu'on s'adresse au personnel de l'établissement, obtenir un rendez-vous facilement, pouvoir raconter son problème sans que tout le monde en prenne connaissance, rencontrer des professionnels compétents font partie des exigences que les utilisateurs adressent à l'organisation qui leur fournit les services. *La conception que l'utilisateur de services se fait de la qualité est en lien direct avec ses attentes, ses besoins et ses droits.*

Par contre, *le professionnel ou l'intervenant* qui vient en aide aux usagers entretient un point de vue quelque peu différent de la qualité du service qu'il fournit. Il est important pour lui d'intervenir en tenant compte des normes et des pratiques qu'il a assimilées lorsqu'il a appris son métier. Il s'attend quant à lui à ce que l'organisation mette à sa disposition la technologie, les espaces et les outils dont il a besoin pour intervenir conformément à ces normes et pratiques. En plus, il espère que l'établissement lui donnera les autorisations nécessaires, de même que les moyens, pour qu'il puisse se perfectionner et demeurer à jour dans l'exercice de sa profession.

Par ailleurs, *l'agent payeur et les instances qui gèrent à différents niveaux les ressources* qui sont octroyées à l'organisation pour qu'elle assume ses mandats ont un discours qui leur est particulier. Ils estimeront que l'organisation offre des services de qualité pour autant que celle-ci tiendra compte, dans son offre de services, des besoins de la population qu'elle sert. Ils chercheront à savoir si les services offerts viennent effectivement en aide aux personnes auxquelles ils sont donnés. Ils voudront encore s'assurer que les services sont donnés au meilleur coût possible et que l'organisation tire un rendement optimal des ressources qui lui sont octroyées.

Il est important de remarquer que ces points de vue, s'ils sont différents, sont tous légitimes et ont quelque chose à voir avec la qualité du service donné. Ils doivent donc être pris en compte lorsque vient le temps d'identifier, d'évaluer et d'améliorer la qualité des services fournis par une organisation. Le concept « qualité » qui est à la base du système québécois d'agrément se situe au confluent de ces diverses écoles de pensée. Il situe le service donné au centre de ces multiples préoccupations. **Le bon service doit être bien donné au meilleur coût possible.**

Les objets d'évaluation

Vouloir rendre compte de ces nombreux points de vue nous permet de distinguer six domaines de l'organisation qui doivent être bien maîtrisés si l'on veut conclure que les services sont de qualité. Chacun d'eux constitue une zone névralgique soumise à l'évaluation. Voilà nos six objets d'évaluation : l'offre de services, le rapport avec le client, le rapport avec les partenaires, les opérations, le climat organisationnel et les ressources.

L'offre de services relève à la fois de la mission confiée à l'établissement et des besoins de la population. Nous la considérons pour respecter le point de vue voulant que les services soient de qualité dans la mesure où ils tiennent compte de ces besoins. On peut comparer l'offre de services au menu d'un restaurant où l'on trouve la liste des mets disponibles sans savoir si ceux-ci sauront plaire à nos papilles gustatives, si le personnel sera courtois et si ce que l'on a commandé sera bien présenté dans l'assiette. Nous nous référons donc à la gamme de services disponibles, à leur nature, à leur intensité et aux heures où ils sont offerts pour juger de leur pertinence.

Le rapport avec le client fait référence aux attentes, aux besoins et aux droits des patients, usagers, bénéficiaires et résidants. L'objectif est ici de tenir compte du point de vue de la clientèle et de s'assurer qu'elle est satisfaite des services qu'elle reçoit.

Le rapport avec les partenaires est également pris en compte pour répondre à une attente de la clientèle qui souhaite que les références d'un partenaire à l'autre soient faciles. Cela suppose que les partenaires intervenant auprès d'une même clientèle auront développé les corridors de services requis pour que l'usager ne se retrouve pas entre deux chaises. L'agent payeur nourrit également le souhait que ces mêmes partenaires aient développé la complémentarité qui permettra de tirer un rendement optimal des sommes d'argent octroyées pour répondre aux besoins d'une même clientèle.

Les opérations désignent l'ensemble des gestes et activités reliés aux services offerts à un ou des usagers, aux moyens mis en place pour que ces gestes ou activités produisent un résultat spécifique, adapté aux besoins de l'usager. L'établissement, dans le cadre de ses activités, s'assure que les informations concernant l'usager sont confidentielles, qu'il y a cohérence et continuité des services dispensés à la personne, que son personnel est compétent et que les espaces et les équipements mis à la disposition des usagers et du personnel sont sécuritaires.

Le climat organisationnel considère le point de vue du personnel qui compte sur l'organisation pour pouvoir s'affirmer et se développer dans l'exercice de ses fonctions. Il est important que cette dernière mette en place les conditions qui assureront, d'une part, le développement et l'engagement des membres du personnel et, d'autre part, un climat propice à la collaboration entre les personnes et entre les équipes.

Les ressources renvoient aux ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles dont dispose l'établissement. Il convient que celui-ci, dans un contexte caractérisé par des demandes croissantes et des ressources limitées, sache les faire fructifier au maximum en tenant compte de la demande du milieu et des mandats qui lui sont confiés.

Les normes

Si chacun de ces domaines doit être bien maîtrisé pour pouvoir fournir un service de qualité, il convient de se demander à quelles conditions nous pourrons affirmer qu'il l'est. Ces conditions sont de trois ordres et constituent les trois angles sous lesquels les six objets d'évaluation seront analysés. Chaque objet d'évaluation sera bien maîtrisé pour autant que les processus utilisés seront consistants, que les résultats obtenus seront positifs et que l'établissement aura démontré qu'il a la capacité d'amélioration qu'il faut pour pouvoir apporter les correctifs nécessaires et faire les adaptations requises pour progresser constamment.

Les processus

La qualité du service est rarement le résultat du hasard. Elle relève de nos manières de faire, c'est-à-dire des *processus* que nous adoptons pour livrer le service attendu. Planifier, organiser et contrôler sont les trois principales fonctions inhérentes à la gestion de l'établissement comme à la gestion des services qu'il produit. Les orientations qu'on se donne, les moyens qu'on adopte pour les mettre en œuvre et les procédures de contrôle utilisées pour vérifier si ces orientations sont poursuivies et ces moyens appliqués et si l'un et l'autre atteignent les objectifs que nous avions en tête lorsque nous les avons adoptées correspondent à chacune de ces fonctions. Ce sont les trois composantes des processus que l'établissement adopte pour pouvoir maîtriser chacun des domaines.

Mais il ne suffit pas que l'établissement se soit donné des orientations, des moyens et des procédures de contrôle dans chacun des six domaines pour pouvoir les maîtriser. Il faut encore que ces orientations, moyens et procédures de contrôle possèdent les qualités nécessaires à une bonne maîtrise. Pour ce faire, ils doivent être *formalisés*, c'est-à-dire consignés dans un écrit auquel le personnel pourra se

référer. L'objectif est ici d'éviter que l'établissement ait dix manières de faire la même chose, selon la personne qui intervient et le moment de la semaine où elle le fait.

Ces éléments de processus doivent être en plus *actualisés*, c'est-à-dire connus par le personnel concerné par leur application et mis en pratique. Ils doivent être aussi *appropriés*, c'est-à-dire pertinents si l'on tient compte des fins qui nous animaient lorsque nous les avons adoptés. Avons-nous choisi les bonnes orientations, les bons moyens et les bonnes procédures de suivi? Nous servent-ils bien? Enfin, les processus utilisés doivent être *conformes aux exigences légales et réglementaires* auxquelles les organisations sont soumises.

Le système québécois d'agrément n'a pas d'autres normes que celles-là pour juger des processus des organisations. Il ne leur impose pas de manières plus précises de faire. L'établissement parce qu'il est responsable peut, en tenant compte de sa culture, de ses ressources, de sa dynamique, de son organisation, choisir de faire les choses de manière différente. Il importe toutefois que les processus qu'il utilise pour fournir les services soient formalisés, actualisés, appropriés et conformes aux exigences légales et réglementaires.

Les résultats

Il n'est pas suffisant que l'organisation dispose de processus consistants qui répondent aux qualités exigées pour conclure qu'elle offre des services de qualité. Il faut encore que les résultats obtenus dans chacun des domaines soient probants. Les processus adoptés lui permettent de croire que les attentes et les besoins des usagers sont comblés. Mais qu'en est-il? L'usager est-il de fait satisfait? Il en va ainsi de chacun des objets d'évaluation.

Aussi, pour pouvoir évaluer les résultats obtenus, le Conseil québécois d'agrément a produit et administre une banque d'indicateurs adaptés aux différents services et clientèles en tenant compte également des indicateurs qu'un établissement aurait pu se donner sur le plan local. Chaque objet d'évaluation est analysé au moyen de ces indicateurs.

Un certain nombre d'indicateurs sont produits à partir d'instruments de mesure administrés par le Conseil au début des démarches d'agrément. Grilles d'observation et questionnaires « sondage » mesurent

la satisfaction de la clientèle, l'état du partenariat établi avec les organismes communautaires et institutionnels ainsi que l'état du climat organisationnel sous leurs différentes dimensions.

D'autres indicateurs sont produits à partir d'informations tirées des rapports financiers, des rapports d'activités et des rapports des plaintes. L'ensemble des indicateurs est utilisé de façon à rendre compte des résultats de l'établissement dans le temps et à comparer ces résultats avec ceux des autres établissements.

La capacité d'amélioration

Il y a une autre qualité que les organisations doivent développer et posséder si elles veulent offrir des services de qualité. C'est cette capacité de s'améliorer compte tenu qu'elle évolue dans un contexte de changement rapide et continu. Les clientèles et les moyens dont on dispose pour lui venir en aide sont en constante évolution et l'établissement doit s'ajuster. Dit autrement, le Conseil ne fait pas que reconnaître la qualité du service rendu à un moment donné de son évolution. Il doit s'assurer que l'établissement possède les qualités nécessaires pour continuer à progresser une fois que la démarche d'agrément est terminée.

Pour que chacun des objets d'évaluation puisse être bien maîtrisé vu sous cet angle, il faut que l'établissement se conforme aux quatre normes suivantes.

L'information est disponible. Cela suppose que l'établissement a mis en place les mécanismes nécessaires pour pouvoir disposer constamment de l'information dont il a besoin pour prendre ses décisions concernant chacun des domaines.

Il est en outre nécessaire que l'établissement *ait développé une capacité d'analyse* qui lui permettra de tirer profit des informations dont il dispose. Il ne suffit pas d'établir les faiblesses et les forces de l'organisation et des services qui sont donnés; il faut aussi savoir identifier et analyser les facteurs qui peuvent expliquer ces forces et faiblesses pour qu'on sache en tirer profit et apporter des solutions durables.

L'établissement doit en plus *tenir compte des analyses qu'il a faites lorsque vient le temps de planifier et de se donner des pistes d'amélioration.* On veut être en mesure d'observer qu'il y a cohérence entre les projets qu'il se donne et l'analyse qu'il fait des informations dont il dispose.

Enfin, *sa planification est réaliste* parce qu'elle tient compte des ressources dont il dispose, de la nature des problèmes qu'il éprouve et de sa capacité habituelle de passer à l'action et de réaliser les projets qu'il se donne.

En conclusion, pour être agréée, l'organisation a l'obligation, pour chacun des objets d'évaluation, de s'être donné des processus consistants constitués d'orientations, de moyens et de procédures de contrôle qui sont formalisés, actualisés, appropriés et conformes aux exigences légales et réglementaires. Il lui faut obtenir des résultats sinon supérieurs, tout au moins comparables aux autres établissements dispensant des services de même nature et posséder la capacité d'améliorer sa situation sur une base continue.

Plus précisément, l'établissement est agréé s'il démontre qu'il maîtrise bien ou très bien au moins quatre des six objets sous l'angle des processus et des résultats et s'il démontre en plus qu'il maîtrise bien ou très bien les six objets sous l'angle de la capacité d'amélioration.

L'agrément est accordé pour une période de trois ans. Au terme de cette échéance, l'établissement amorce une démarche de renouvellement centrée sur la réalisation de son plan d'amélioration. Il peut arriver que l'agrément soit accordé tout en étant accompagné d'une ou de plusieurs recommandations « contraignantes ». En effet, dans les cas où l'on est à même d'observer une ou des lacunes majeures sans qu'elles soient suffisantes pour justifier le refus de l'agrément, l'établissement se verra prescrire une période déterminée pour apporter le ou les correctifs requis.

Au terme de cette période, il a l'obligation de faire parvenir au Conseil une résolution de son conseil d'administration lui certifiant qu'il a apporté le correctif exigé accompagné de la documentation qui en témoigne.

LE PROCESSUS D'AGRÉMENT

Le Conseil québécois d'agrément propose aux établissements un processus et une démarche qui leur permettront de tirer tous les avantages liés à l'administration du cadre de référence. Le processus d'agrément comporte plusieurs étapes : une première étape préalable à l'agrément, la demande d'agrément, la formation pré-agrément, la démarche d'autoévaluation, la visite de l'établissement et la décision du Conseil.

La démarche préalable à l'agrément

Le Conseil intervient le plus tôt possible dans ce processus qui conduira un établissement à demander formellement un agrément. Il est essentiel que l'établissement connaisse bien le produit qu'il souhaite utiliser pour s'assurer qu'il frappe à la bonne porte compte tenu de l'usage qu'il veut en faire. Il est également intéressant pour le Conseil de connaître précisément le type d'utilisation que l'établissement veut faire du programme et dans quelle dynamique la démarche d'agrément s'inscrit.

En outre, l'établissement a besoin de se préparer s'il veut faire de sa démarche un succès. Il ne peut entreprendre une telle démarche sans impliquer le conseil d'administration, le comité de direction, les comités professionnels et ses équipes de services. Il faut minimalement que tous les acteurs de l'organisation soient mis au courant du projet et que les instances engagées plus directement dans la démarche aient manifesté leur adhésion.

Certains établissements préféreront réaliser certains travaux préalables parce qu'ils jugent ne pas être suffisamment prêts pour amorcer une démarche formelle. Ils procéderont alors à la collecte d'informations relatives aux processus utilisés ou aux résultats et, au terme d'une évaluation préliminaire, apporteront les améliorations qu'ils jugent nécessaires avant de s'inscrire officiellement à l'agrément.

La demande d'agrément

Lorsque l'établissement considère qu'il est prêt, il transmet au Conseil d'agrément une résolution de son conseil d'administration l'engageant formellement dans la démarche d'agrément. À la suite à cette demande, l'établissement et le Conseil conviennent des modalités

d'organisation de la démarche, déterminent notamment le nombre d'équipes d'autoévaluation, leur composition et élaborent le calendrier de réalisation.

La formation pré-agrément

La première date qui apparaît au calendrier de réalisation est celle d'une journée de formation qui vise à rendre l'établissement apte à faire sa démarche d'autoévaluation. Cette activité se tient dans l'établissement et regroupe les personnes qui seront les plus actives dans la démarche. Celles-ci prennent connaissance du cadre normatif et se familiarisent avec le manuel d'accréditation, de même qu'avec les principaux instruments qu'elles auront à utiliser. Elles ont dès lors les informations dont elles ont besoin pour démarrer leur processus interne.

La démarche d'autoévaluation

La démarche d'autoévaluation dure environ neuf mois et comporte trois phases : le démarrage, l'autoévaluation par les équipes appelées « équipes de réalisation » et l'élaboration du plan d'amélioration.

La phase dite de démarrage dure environ sept ou huit semaines. Elle comporte les travaux suivants : la détermination des processus communs à l'ensemble des équipes, la description de l'établissement, l'administration des sondages et la production des autres types d'indicateurs. Autrement dit, l'établissement recueille alors l'ensemble des informations qui feront l'objet d'analyse.

La phase d'autoévaluation dure quatre mois. Les équipes de réalisation sont les plus actives au cours de cette période. Elles décrivent brièvement les processus communs auxquels elles recourent dans l'exercice de leurs tâches et complètent par une description des processus qui leur sont spécifiques. Elles évaluent ces processus en fonction des normes retenues par le Conseil et peuvent alors reconnaître leurs forces et leurs faiblesses. Elles sont enfin appelées à analyser ce matériel et à décrire et hiérarchiser les pistes d'amélioration qu'elles proposent.

Les mêmes équipes de réalisation effectuent un exercice identique à propos des résultats qu'elles obtiennent. Elles déterminent leurs

forces et les lacunes qui découlent de leur évaluation pour ensuite les analyser et proposer des pistes d'amélioration.

En même temps, l'établissement procède à l'évaluation de son offre de services sous l'angle des processus et des résultats en suivant la même démarche : présentation des processus et des résultats, évaluation et identification des forces et des faiblesses, analyse et hiérarchisation de pistes d'amélioration. Il revient à l'établissement de faire cette évaluation plutôt qu'aux équipes, parce que la décision de rendre tel service disponible, d'investir dans un service plutôt que dans un autre appartient au conseil d'administration de l'établissement. L'équipe de réalisation peut rendre compte de la façon dont elle s'y prend pour donner le service, mais elle ne peut rendre compte du raisonnement qui a justifié la mise en place de ce service.

La dernière phase est consacrée à *l'élaboration du plan d'amélioration*. Les équipes de réalisation ont transmis à l'établissement les conclusions de leurs travaux, de telle sorte que ce dernier est en mesure de faire une analyse rigoureuse des processus et des résultats et de présenter, en synthèse, les forces et les faiblesses. Dès lors il effectue l'analyse plus poussée de ses principales lacunes et voit ce qui doit être modifié. Il est alors capable d'élaborer son plan d'amélioration autour d'objectifs mesurables.

La structure de réalisation

La démarche d'autoévaluation met à contribution tous les niveaux de l'organisation : le conseil d'administration, la direction générale soutenue par le *comité d'agrément*, le responsable de la démarche assisté par le *comité des opérations* et les équipes qui dispensent les services, regroupées en *équipes de réalisation*.

Le rôle du conseil d'administration ne consiste pas qu'à formuler une résolution engageant formellement l'établissement dans la démarche d'agrément. Le conseil reçoit des rapports périodiques le mettant au courant de l'évolution de la démarche, des principaux constats qui en découlent. Il adopte les résultats de l'autoévaluation des équipes de réalisation, ceux de l'autoévaluation de l'établissement et le plan d'amélioration avant de transmettre tout ce matériel au Conseil québécois d'agrément. C'est aussi lui qui reçoit le rapport d'agrément et la décision que lui transmet le Conseil. Il a la responsabilité d'en assurer le suivi.

La direction générale planifie et supervise l'ensemble de la démarche. Les principaux problèmes d'ordre organisationnel et stratégique lui sont soumis. Elle est soutenue en cela par le comité d'agrément qui, après analyse et hiérarchisation des pistes d'amélioration des équipes de réalisation par le comité des opérations, élabore le plan d'amélioration. Le comité d'agrément est composé de représentants du conseil d'administration, de représentants des comités professionnels, des directeurs des différents services, d'un représentant des usagers, d'un représentant des familles, d'un ou de représentants du personnel autre que le personnel membre des comités professionnels et du coordonnateur de la démarche. Le directeur général en assure l'animation.

Le coordonnateur de la démarche est responsable de son opérationalisation au quotidien. Il coordonne et supervise l'ensemble des activités. Appuyé en cela par le comité des opérations, il procède à la collecte des processus communs à l'ensemble des équipes, soutient les équipes de réalisation dans leurs travaux, procède à l'auto-évaluation de l'offre de services, analyse les résultats des équipes de réalisation et prépare à l'intention du comité d'agrément une proposition d'amélioration. Il anime également le comité des opérations composé des cadres responsables des équipes de réalisation. Lorsque vient le moment d'analyser les résultats des autoévaluations de ces dernières, ce dernier comité peut s'adjoindre des représentants des différentes directions ou toute autre personne susceptible de l'aider à analyser les principales faiblesses qui en ressortent.

Les équipes de réalisation ont pour principale tâche de procéder à l'autoévaluation de cinq des six objets. Elles sont composées sur le modèle des équipes qui, conformément au plan d'organisation de l'établissement, donnent les services directs aux usagers. Elles font appel à la participation de professionnels et d'intervenants représentant les différentes disciplines et les services fournis par ces équipes. Il en est ainsi pour s'assurer, d'une part, que tous les services de l'établissement seront évalués et, d'autre part, que les résultats de la démarche d'agrément seront facilement transférés dans le fonctionnement quotidien des équipes prévues dans la structure organisationnelle de l'établissement. L'établissement et le Conseil peuvent ainsi mieux appréhender la qualité des services offerts et obtenir également le point de vue des équipes « terrain » sur la qualité de la gestion.

La visite de l'établissement

La visite de l'établissement effectuée par une équipe d'évaluateurs marque le deuxième temps fort de la démarche d'agrément.

L'équipe appelée également « l'équipe visiteuse » est composée en majorité de personnes provenant du réseau d'établissements auquel appartient l'établissement visité. Une ou des personnes provenant d'un autre réseau d'établissements ou d'un autre secteur d'activité que celui de la santé et des services sociaux complètent ses rangs.

Ces évaluateurs doivent passer par plusieurs étapes avant d'agir à ce titre. Ils sont d'abord recommandés par des collègues qui leur reconnaissent la compétence et la rigueur requises pour jouer un tel rôle. Si leur nom est soumis au Conseil d'agrément à plusieurs reprises, on prend contact avec eux afin de vérifier leur intérêt et leur disponibilité. Si tel est le cas, ils doivent alors fournir les informations qui permettent d'établir s'ils correspondent au profil de base recherché. Ce profil précise qu'ils doivent œuvrer dans leur établissement ou dans des établissements de même catégorie depuis au moins cinq ans. Il faut aussi qu'ils aient travaillé à des dossiers régionaux ou provinciaux.

S'ils correspondent à un tel profil, ils sont ensuite appelés à participer à une session de formation de trois jours. Au terme de cette session, ils doivent faire la preuve qu'ils maîtrisent bien le cadre normatif et ont les qualités voulues pour jouer le rôle d'évaluateur. Cela veut dire notamment qu'ils sont à l'aise avec les exigences du Conseil, qu'ils travaillent bien en équipe, qu'ils ont la capacité d'analyse et de synthèse requise par leur rôle et qu'ils ont une facilité pour communiquer oralement et par écrit. Ils doivent en outre faire preuve de discrétion.

Si tel est le cas, ils sont ensuite appelés à effectuer une première visite à titre d'observateur ou d'évaluateur dans une équipe composée en majorité d'évaluateurs d'expérience. Au terme de la visite, ils sont soumis à une évaluation par le moyen d'un questionnaire qui leur est envoyé ainsi qu'à leurs collègues et d'un autre questionnaire transmis à l'établissement. Ils doivent enfin rédiger un plan personnel d'amélioration qui précise les aspects de leur rôle qu'ils souhaiteraient approfondir et permet au Conseil de déterminer les besoins de perfectionnement auxquels il doit répondre.

Par une analyse rigoureuse du dossier de l'établissement et par la visite de l'établissement, l'évaluateur s'efforce de valider les résultats de l'autoévaluation de l'établissement. L'équipe visiteuse vient donc confirmer, nuancer ou infirmer les points de vue exprimés par l'établissement en faisant profiter ce dernier de son expérience.

Elle n'a donc pas à reprendre le travail déjà fait par les équipes de réalisation et par l'établissement. Pour ce faire, elle applique une méthode rigoureuse.

Chaque évaluateur prend connaissance du dossier de l'établissement et l'analyse à l'aide d'une grille qui l'oblige à porter un premier jugement sur le degré de conformité aux différentes normes retenues par le cadre de référence. Ce faisant, il prend note des points sur lesquels il n'a pas l'information suffisante pour se faire une idée, formule les questions qu'il voudrait approfondir et identifie les groupes auxquels elles s'adressent. Il retourne le résultat de cette analyse au Conseil d'agrément qui fait une synthèse des résultats présentés par les évaluateurs de l'équipe.

L'équipe peut ensuite se rencontrer et partager le produit de cette synthèse, rédiger le carnet de visite et procéder à un partage des rôles que chacun aura à assumer lors de la visite. L'équipe est sous la responsabilité d'un chef d'équipe, rôle confié à un évaluateur d'expérience qui possède une bonne maîtrise du cadre normatif. Elle est également accompagnée par du personnel du Conseil qui l'aidera à rédiger le rapport de visite et assumera les responsabilités reliées à la logistique de la visite.

Lors de la visite, l'équipe rencontre systématiquement les groupes qui ont participé à la démarche d'autoévaluation. Elle visite les lieux, rencontre toute autre personne qu'elle juge nécessaire et consulte la documentation pertinente. Au terme de la visite, elle transmet à la direction générale et aux personnes indiquées par celle-ci ses conclusions préliminaires et les informe sur la nature des étapes qui vont suivre.

La décision du Conseil

L'équipe procède ensuite à la rédaction de son rapport. Elle a trois semaines pour le transmettre au Conseil. Ce rapport est soumis à l'attention d'un comité d'évaluation composé de membres du conseil d'administration du Conseil. Le chef de l'équipe visiteuse rencontre

systématiquement le comité et répond aux questions formulées par ce dernier. Le comité d'évaluation vérifie si l'interprétation que l'équipe visiteuse donne aux normes est adéquate, si les jugements de conformité reposent sur une argumentation suffisante et si le degré de sévérité avec lequel l'équipe a appliqué les normes est équitable en tenant compte des rapports qui lui ont déjà été soumis.

Le rapport du comité d'évaluation est ensuite transmis à l'établissement qui est alors invité à faire connaître ses commentaires et à corriger les inexactitudes que peut comporter le rapport.

Le comité d'évaluation prend connaissance de ces commentaires et décide s'il les intègre dans son rapport avant de soumettre celui-ci, accompagné de ses recommandations, au conseil d'administration du Conseil québécois d'agrément qui est alors en mesure de prendre une décision. Le rapport ainsi que la décision sont ensuite remis par le président du Conseil au président du conseil d'administration de l'établissement.

CONCLUSION

Chacune des démarches d'agrément réalisées par un établissement fait l'objet d'une évaluation systématique. Le Conseil délègue un membre de son personnel, non engagé dans la démarche, auprès de la direction générale et du coordonnateur de la démarche d'agrément de l'établissement afin de recueillir leurs commentaires et les résultats du bilan qu'ils en ont fait. Un rapport de la rencontre est ensuite produit et soumis à l'analyse du comité de direction du Conseil. Les commentaires les plus fréquents font l'objet d'une analyse particulière et leur traitement permet une bonification du système sous l'un ou l'autre de ses aspects.

Ainsi, nous avons pu constater que la démarche telle que conçue génère plusieurs bénéfices dont le principal est certes l'importance accordée à la démarche d'autoévaluation. Les établissements, lorsqu'ils résument ce que la démarche a représenté pour eux, font presque toujours référence à la démarche d'autoévaluation. Ils évoquent la richesse de l'information qu'ils ont eu à traiter et la mobilisation que la démarche a générée.

On nous fera remarquer également que l'établissement pourra dorénavant compter sur une connaissance complète et précise de l'organisation lorsque viendra le temps de prendre des décisions. « On ne défait pas ce qui est bon », disait un directeur général. Vue sous cet angle, la démarche d'agrément constitue une « assurance-qualité ».

Il ressort également de nos analyses que la démarche d'agrément est un exercice important de communication. Par le fait qu'elle met en présence le point de vue des usagers, celui des partenaires, celui des équipes « terrain », celui du personnel, de même que le point de vue des gestionnaires, elle met en évidence les points communs et les points divergents. Les administrateurs et les gestionnaires les plus habiles sauront profiter de la démarche pour gérer les distorsions existantes et amener ainsi l'organisation à faire un nouveau bond vers une meilleure qualité.

Enfin, la démarche d'agrément ne saurait être d'une grande utilité si elle n'était que la reconnaissance de la qualité atteinte. Son efficacité se mesure à sa capacité de consolider ou d'amorcer une démarche continue d'amélioration de la qualité des services. À ce chapitre, nous avons maintes fois constaté que le plan d'amélioration s'avère un élément indispensable dont se sert l'établissement dans ses différents exercices de planification. Autrement dit, le rapport d'agrément ne se retrouve pas sur les tablettes, une fois la démarche terminée. La majorité des établissements se réfèrent systématiquement à leur plan d'amélioration pour prendre les décisions qui engagent leur avenir.

Le Conseil québécois d'agrément a pour projet de procéder à une étude visant à mesurer les effets et l'impact du programme d'agrément sur l'amélioration de la qualité des services offerts par les établissements où il est intervenu. Il attend pour ce faire qu'un nombre suffisant d'établissements aient administré le programme d'agrément qui les concerne, toutes missions confondues, pour entreprendre ce nouveau projet.

Marcel SÉNÉCHAL
Directeur général
Conseil québécois d'agrément