

**DÉVELOPPEMENT D'UN SYSTÈME
D'AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ DES SERVICES
DE RÉADAPTATION EN TOXICOMANIE**

**Michel Landry¹ Céline Mercier²
Natalie Kishchuk³ André Caron⁴**

**Rapport déposé à la direction de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux**

le 1er mai 1997

¹ Directeur des services professionnels du Centre Dollard-Cormier et Directeur du RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec)

² Chercheure au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, chercheure principale du RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec) et professeure agrégée à l'Université McGill.

³ Les Associés EKOS.

⁴ Agent de recherche au RISQ (Recherche et Intervention sur les substances psychoactives - Québec)

Cette recherche a bénéficié d'une subvention d'équipe du Conseil québécois de la recherche sociale.

Cette édition a été produite par le RISQ

coordination de l'Édition :

Louise Guyon

collaboration à l'édition :

Ghislaine Binette

Marcelle Demers

Le lecteur qui désire un supplément d'information sur le RISQ pourra s'adresser au:

RISQ

950, rue Louvain

Montréal (Québec) H2M 2E8

téléphone : (514) 385-0046

télécopieur : (514) 385-5728

C. elec. : demersm@tornade.ere.umontreal.ca

Les commentaires ou demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés directement aux auteurs :

Michel Landry (514) 385-3490 poste 1135

Céline Mercier (514) 762-3048

Natalie Kishchuk (514) 748-0938

André Caron (514) 385-3490 poste 1136

AVANT-PROPOS

Ce document : *Développement d'un système d'amélioration de la qualité des services de réadaptation en toxicomanie* a été produit dans le cadre des travaux du RISQ. Il fait partie d'un ensemble de publications formant la série LES CAHIERS DE RECHERCHE du RISQ dont l'objectif est d'assurer la diffusion des résultats des études qui y sont menées. Ces cahiers s'adressent aux intervenants, aux planificateurs, aux chercheurs et aux étudiants intéressés par le champ de la recherche sur les substances psychoactives. Les auteurs sont les membres du RISQ : chercheurs, intervenants, collaborateurs, agents de recherche étudiants et stagiaires. Chaque texte est soumis à l'approbation de lecteurs choisis parmi les membres de l'équipe ou de la communauté scientifique.

LA PUBLICATION *Développement d'un système d'amélioration de la qualité des services de réadaptation en toxicomanie*. La préoccupation pour la qualité des services dans les organisations publiques n'est pas récente. Par contre, la volonté de mettre en place un ensemble cohérent et systématique de mesures de contrôle et d'amélioration de la qualité l'est. Elle constitue l'aboutissement logique des réflexions effectuées depuis le début des années 80. Avec la crise de l'État-providence, l'aggravation de la dette publique et les coupures budgétaires qui en résultent, il devient impératif de doter les organisations d'outils capables de les orienter dans la prise de décision. Les services rendus sont-ils performants? Pertinents? Efficaces? Rencontrent-ils les normes et les standards voulus? Quelles sont les améliorations qui pourraient être apportées? Qu'en pensent les utilisateurs? Les partenaires du milieu? Les intervenants au sein même de l'organisation?

Avec le soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine, devenu depuis avril 1997 le Centre Dollard-Cormier, s'est attaqué au problème de l'élaboration d'un système d'amélioration de la qualité de ses services de réadaptation pour une clientèle alcoolique et toxicomane. Le système a été développé de façon à pouvoir trouver également des applications dans l'ensemble du réseau de la réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.

Dans un **premier temps**, on a identifié les **dimensions de la qualité** les plus significatives des services et programmes de réadaptation sur lesquelles le Regroupement devrait porter son attention. Dans un **deuxième temps**, une **stratégie d'évaluation** a été développée pour permettre aux utilisateurs de porter un jugement de qualité sur les dimensions priorisées. Dans un **troisième temps**, on propose un mode de gestion du système qui assure que les données d'évaluation recueillies sont vraiment exploitées dans une perspective d'**amélioration continue** de la qualité par ses utilisateurs. Le système d'évaluation de la qualité des services proposé par le Regroupement ouvre une perspective intéressante sur la production de données récurrentes sur les services offerts aux usagers dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. Il apparaît possible d'effectuer et de coordonner un ensemble de mesures plus ou moins approfondies sur des aspects cruciaux de la prestation de services dont les résultats sont faciles d'accès, utilisables par les différents acteurs concernés et le tout à un coût raisonnable.

LE RISQ

Le RISQ est un groupe de recherche multidisciplinaire qui a mis sur pied un programme d'études et de travaux intégrés dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. Créé en 1991, dans le cadre du programme de développement d'équipe en recherche sociale du CQRS, le groupe s'est donné comme objectif central de:

"aider les milieux concernés à mieux comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir et développer des stratégies d'intervention plus efficaces à leur intention."

Le programme de recherche du RISQ, qui est à son deuxième mandat, s'actualise à travers quatre axes

principaux qui prévoient :

- approfondir la connaissance de la population-cible et de son milieu social;
- comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir;
- améliorer l'efficacité des interventions auprès des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir;
- développer de l'instrumentation et explorer des méthodes de recherche adaptées aux besoins des milieux d'intervention.

Logé au Centre Dollard-Cormier lequel assure la gestion financière de la subvention d'équipe, le RISQ réunit des chercheurs des milieux universitaires et du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires, les centres publics de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Outre les Cahiers de Recherche, le RISQ produit une série de Cahiers Techniques qui sont des documents d'appoint et de référence. Enfin, un bulletin d'information, le RISQ-INFO, est distribué sur une base bi-annuelle.

Michel Landry, directeur

RÉSUMÉ

La préoccupation pour la qualité des services dans les organisations publiques n'est pas récente. Par contre, la volonté de mettre en place un ensemble cohérent et systématique de mesures de contrôle et d'amélioration de la qualité l'est. Elle constitue l'aboutissement logique des réflexions effectuées depuis le début des années 80. Avec la crise de l'État-providence, l'aggravation de la dette publique et les coupures budgétaires qui en résultent, il devient impératif de doter les organisations d'outils capables de les orienter dans la prise de décision. Les services rendus sont-ils performants? Pertinents? Efficaces? Rencontrent-ils les normes et les standards voulus? Quelles sont les améliorations qui pourraient être apportées? Qu'en pensent les utilisateurs? Les partenaires du milieu? Les intervenants au sein même de l'organisation?

Avec le soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine, devenu depuis avril 1997 le Centre Dollard-Cormier, s'est attaqué au problème de l'élaboration d'un système d'amélioration de la qualité de ses services de réadaptation pour une clientèle alcoolique et toxicomane. Le système a été développé de façon à pouvoir trouver également des applications dans l'ensemble du réseau de la réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.

Les sources conceptuelles du système proposé sont multiples. 1) Les orientations ministérielles à l'égard de la fonction évaluative dans les services de santé. L'article 172 de la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux donne aux établissements l'obligation d'assurer la pertinence, la qualité et l'efficacité des services dispensés en accordant une importance particulière au respect des droits des usagers, à l'utilisation efficace des ressources et au maintien et au développement des compétences des ressources humaines. 2) La définition proposée par Donabedian permet de délimiter le champ d'appréciation de la qualité. Apprécier la qualité consistera donc à établir un **lien entre une structure, des processus et un résultat**. La structure fait référence aux aspects organisationnels et techniques d'un établissement. Le processus renvoie aux activités se déroulant entre les dispensateurs de services et les clients. Enfin, les résultats effectifs désignent les gains tangibles dus aux modifications dans l'état de santé ou de bien-être, qu'on peut ou croit pouvoir imputer aux soins et aux services reçus. 3) Conformément à l'approche proposée dans les **modèles d'évaluation de la quatrième génération**, le système a été conçu et développé en fonction des besoins de ses utilisateurs et avec leur collaboration. C'est ainsi que les usagers, les cliniciens et les gestionnaires du Regroupement ont participé aux diverses étapes de réalisation du système et seront impliqués de façon continue dans sa mise en oeuvre. 4) Dans le but d'assurer une plus grande validité des données d'évaluation, une **approche multimodale** a été adoptée. On a donc décidé de varier les sources d'informations et les niveaux d'évaluation de façon à obtenir une appréciation plus complète, nuancée et fiable de la qualité.

Dans un **premier temps**, on a identifié les **dimensions de la qualité** les plus significatives des services et programmes de réadaptation sur lesquelles le Regroupement devrait porter son attention. Suite à une vaste consultation auprès des groupes concernés par la qualité des services aux personnes alcooliques et toxicomanes, tant au sein du Regroupement que dans son environnement, six dimensions de la qualité ont été désignées comme prioritaires :

- le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers;
- la compétence des membres du personnel à l'embauche et en cours d'emploi;
- le lien entre les besoins de l'utilisateur et les objectifs du plan d'intervention;
- la qualité de la relation usager-intervenant;
- le respect de la confidentialité des données concernant l'utilisateur;
- l'efficacité des services.

Pour chacune de ces dimensions de la qualité, des questions d'évaluation relatives à l'organisation des services (structure), à la façon dont ils sont rendus (processus) et à leurs effets (résultats) ont été développées. On obtient ainsi l'ensemble des questions que le système d'amélioration de la qualité est susceptible d'aborder pour couvrir le territoire de la qualité tel que délimité par ses utilisateurs. Il n'est pas

prévu que l'ensemble de ce territoire pourra être appréhendé à tout moment. Il constitue une sorte de carte à laquelle on pourra se référer pour apprécier dans quelle mesure les données partielles recueillies en fonction des ressources disponibles et des intérêts particuliers reflètent la vision globale de la qualité définie au point de départ.

Dans un **deuxième temps**, une **stratégie d'évaluation** a été développée pour permettre aux utilisateurs de porter un jugement de qualité sur les dimensions prioritaires. Quatre sources d'information ont été identifiées pour assurer une appréciation valide et complète de la qualité : les usagers et leurs proches, les cliniciens, les gestionnaires et les partenaires du Regroupement. De même, quatre niveaux d'évaluation sont retenus. En effet, certaines données sont nécessaires de façon courante pour assurer une surveillance constante de la qualité des services et identifier des défaillances dans la qualité des services dont la correction doit être effectuée rapidement. D'autres données permettront aux différents utilisateurs, et selon leur niveau d'intérêt et de responsabilité, d'identifier de façon plus nuancée les forces et faiblesses du processus de prestation des services. À plus long terme, enfin, les données de recherches évaluatives permettent de porter un jugement sur l'impact des services rendus et d'identifier de façon plus rigoureuse les liens entre certains processus ou programmes d'interventions et les résultats observés chez les usagers de même que les composantes les plus efficaces et les plus efficaces des programmes. Les quatre niveaux d'évaluation retenus sont donc les suivants : le « monitoring » courant des services, l'évaluation formative récurrente (cycle annuel), l'évaluation formative approfondie des services et programmes (cycle trisannuel), et les recherches évaluatives. Le modèle proposé est illustré par le « Cube de la qualité » avec ses trois dimensions : 1) les six dimensions de la qualité; 2) les quatre niveaux d'évaluation; 3) les quatre sources d'information (cf Figure de la page IV).

Un ensemble d'instruments de mesures est proposé pour assurer l'évaluation de la qualité en respectant les trois dimensions du modèle. Les outils ont été choisis de façon à concilier le respect de la complexité du modèle et les exigences de compacité et de relative légèreté requises pour en assurer la faisabilité et l'efficacité. On obtient ainsi un « kit » composé d'indicateurs extraits des données déjà disponibles dans les outils de gestion courante (dossiers des usagers, dossiers de plaintes, unités de mesures requises par le MSSS), de questionnaires administrés de façon récurrente aux usagers et cliniciens du Regroupement, d'études de dossiers d'usagers, de questionnaires et entrevues plus approfondis et d'utilisation répétée d'un instrument validé de mesure du changement chez les usagers.

Dans un **troisième temps**, on propose un mode de gestion du système qui assure que les données d'évaluation recueillies sont vraiment exploitées dans une perspective d'**amélioration continue** de la qualité par ses utilisateurs. Trois grandes fonctions sont donc clairement identifiées, soit:

1. la production et la diffusion de données d'évaluation destinées aux évaluateurs du système, données qui apportent des réponses aux questions déjà identifiées pour évaluer la qualité;
2. l'étude des données, la formulation de recommandations et la prise de décisions aux différents paliers de l'organisation;
3. la mise en oeuvre des actions.

La coordination d'ensemble du système est assurée par un Comité-qualité composé de représentants des différents utilisateurs (usagers, cliniciens et gestionnaires) et sous la responsabilité du directeur des services professionnels de l'établissement. Le rôle de chacun des acteurs impliqués, que ce soit à titre d'utilisateur ou de gestionnaire du système, est clairement défini. Un cycle annuel de gestion, compatible avec le calendrier de l'année budgétaire du MSSS, est proposé. De même, une évaluation précise des ressources humaines et financières nécessaires au fonctionnement récurrent du système permet de conclure qu'il est réalisable à l'intérieur des ressources que le nouveau plan d'organisation (1997-2000) a déjà prévu affecter à la qualité des services et de planifier l'utilisation de ces ressources dans chacun des services et programmes du Regroupement. Enfin, une période de trois ans est prévue pour assurer le déploiement complet et progressif du système, incluant le développement de certains instruments de mesure.

En conclusion, le système d'évaluation de la qualité des services proposé par le Regroupement ouvre une perspective intéressante sur la production de données récurrentes sur les services offerts aux usagers dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. Il apparaît possible d'effectuer et de coordonner un ensemble de mesures plus ou moins approfondies sur des aspects cruciaux de la prestation de services dont les résultats sont faciles d'accès, utilisables par les différents acteurs concernés et le tout à un coût raisonnable.

Le modèle proposé pour le Regroupement est cependant loin d'être complet. Des outils d'évaluation sont encore à développer, notamment au niveau du monitoring et de l'évaluation formative récurrente. Le système dans son ensemble n'a pas encore passé le test de l'application concrète. Bien des ajustements sont à prévoir. Ces ajustements pourront être apportés au cours du processus de déploiement du système dans le Centre Dollard-Cormier au cours des trois prochaines années. Plusieurs autres CRPAT se sont montrés intéressés à adopter l'approche globale proposée pour évaluer et améliorer la qualité et à utiliser l'instrumentation qui a été développée dans le cadre du projet. On peut donc considérer que le dépôt de ce rapport ne constitue qu'une première phase d'une démarche à plus long terme qui devrait contribuer à la mise en place de mesures opérationnelles d'évaluation et d'amélioration de la qualité dans le réseau des CRPAT. Nous croyons que la mise en place de telles mesures serait grandement facilitée par deux facteurs : 1) la création d'un réseau provincial de soutien au développement de systèmes d'amélioration de la qualité dans les centres publics offrant des services de réadaptation en toxicomanie et 2) la mise à profit des concepts de la démarche et d'outils présentés dans le présent rapport au moyen d'une instrumentation pédagogique qui en faciliterait l'accès, la compréhension et l'utilisation.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
SECTION 1. FONDEMENTS ET OBJECTIFS DU SYSTÈME	3
1.1 Les orientations ministérielles à l'égard de la fonction évaluative dans les services de santé	3
1.2 Les fondements théoriques du projet de système d'amélioration de la qualité	5
1.2.1 Un cadre conceptuel sur la qualité des services	5
1.2.2 L'évaluation de quatrième génération	6
1.3 Le projet de système d'amélioration continue de la qualité des services de réadaptation au Regroupement	6
1.3.1 Les objectifs et caractéristiques système	6
1.3.2 Les grandes fonctions du système d'amélioration	7
1.3.3 La structure de développement du projet	7
SECTION 2. IDENTIFICATION DES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SERVICES PRIORISÉS AU REGROUPEMENT	9
2.1 Le déroulement de la consultation	9
2.1.1 La phase 1	9
2.1.2 La phase 2	10
2.2 Les résultats	11
2.2.1 Les caractéristiques des répondants	11
2.2.2 Les méthodes d'analyse des résultats	11
2.2.3 Les dimensions les plus importantes dans l'amélioration de la qualité des services	13
2.2.3.1 Le consensus sur trois dimensions	13
2.2.3.2 Les quatre grandes préoccupations : les résultats, la compétence des intervenants, la qualité du lien thérapeutique, la pertinence de la programmation	16
2.2.3.2.1 L'efficacité dans l'atteinte des résultats : approche individuelle plutôt que collective	16
2.2.3.2.2 La compétence des intervenants : une composante structurelle déterminante	17
2.2.3.2.3 La qualité du lien thérapeutique	17
2.2.3.2.4 La réponse aux besoins des usagers par une programmation adéquate	18
2.2.3.3 Les dimensions en fin de classement : l'organisation des lieux physiques et des ressources matérielles, la continuité dans les services, l'efficience	18
2.2.3.3.1 L'organisation des lieux physiques et des ressources matérielles	18
2.2.3.3.2 La cohérence et la continuité dans les services	19
2.2.3.3.3 L'efficience des services	19
2.3 La conclusion	19
2.4 La proposition	20
SECTION 3. DÉVELOPPEMENT DES QUESTIONS D'ÉVALUATION SUR LES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ	23
3.1 Le développement des questions sur la qualité des services	23
3.1.1 Établir le lien entre les besoins des usagers et les objectifs du plan d'intervention	23

3.1.2	Définir la compétence du personnel	24
3.2	Les questions d'évaluation	26
SECTION 4.	MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION	31
4.1	Les niveaux d'évaluation et les sources d'information	31
4.2	Les outils d'évaluation	34
4.2.1	Les outils de suivi opérationnel (monitoring)	34
4.2.2	Les outils d'évaluation formative récurrente	36
4.2.3	Les outils d'évaluation formative approfondie	36
4.2.4	Les évaluations de programmes	36
4.3	Le jugement de qualité (les normes)	37
SECTION 5.	STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME	41
5.1	Le Comité-qualité	41
5.2	Le rôle et les responsabilités des gestionnaires du système	42
5.3	Les utilisateurs du système et leur rôle	42
5.4	Le cycle d'opération du système	43
SECTION 6.	RESSOURCES NÉCESSAIRES À L'OPÉRATIONNALISATION DU SYSTÈME ET PROCESSUS D'IMPLANTATION.	45
6.1	L'évaluation des ressources nécessaires à l'opérationnalisation du système et estimation des coûts qui y sont rattachés.	45
6.1.1	Les ressources humaines	45
6.2	Le processus de déploiement du système	51
6.2.1	La phase de pré-déploiement (jusqu'au 1er septembre 1997)	52
6.2.2	La phase I (1er avril 1997 -31 mars 1998)	52
6.2.3	La phase II (avril 1998 - mars 1999)	53
6.2.4	La phase III (avril 1999 - mars 2000)	53
SECTION 7.	CONTRÔLE DU SYSTÈME	55
7.1	La pertinence des dimensions de la qualité	55
7.2	Le monitoring des fonctions du système	55
7.3	L'évaluation du système	56
CONCLUSION	59
ANNEXES		
Annexe 1	Questionnaire sur les dimensions de la qualité des services en toxicomanie.....	61
Annexe 2	Résultats du questionnaire sur les dimensions de la qualité des services en toxicomanie	69
Annexe 3	Cartographie de concept sur la compétence des intervenants en toxicomanie	87
TABLEAUX ET FIGURES		
Tableau 1	Nombre de questionnaires envoyés, nombre de répondants et taux de réponse selon les groupes visés par l'enquête.....	12
Tableau 2	Questions les plus fréquemment prioritaires et rang obtenu	

	selon la fréquence de priorisation, le score de rang moyen et la moyenne d'importance.	14
Tableau 3.1	Dimensions de la qualité en fonction des questions d'évaluation - Structure	27
Tableau 3.2	Dimensions de la qualité en fonction des questions d'évaluation - Processus	28
Tableau 3.3	Dimensions de la qualité en fonction des questions d'évaluation - Résultats	29
Tableau 4	Outils d'évaluation de la qualité des services	35
Tableau 5.1	Système d'amélioration continue de la qualité des services : évaluation des coûts en heures travaillées - Monitoring.....	48
Tableau 5.2	Système d'amélioration continue de la qualité des services : évaluation des coûts en heures travaillées - Évaluation formative récurrente.....	49
Tableau 5.3	Système d'amélioration continue de la qualité des services : évaluation des coûts en heures travaillées - Évaluation formative approfondie.....	50
Tableau 5.4	Système d'amélioration continue de la qualité des services : évaluation des coûts en heures travaillées - Recherche évaluative	51
Tableau 6	Processus de déploiement du système d'amélioration de la qualité des services	54
Tableau 7	Rang des questions prioritaires selon la fréquence pour l'ensemble du questionnaire.....	70
Tableau 8	Fréquence des questions prioritaires pour l'ensemble du questionnaire	72
Tableau 9	Rang des dimensions de la qualité des services selon la fréquence de priorisation pour chaque groupe de répondants.	78
Tableau 10	Rang des dimensions de la qualité des services selon la moyenne d'importance accordée par l'ensemble des répondants.	81
Tableau 11	Cinq premiers rangs des dimensions de la qualité des services selon la moyenne d'importance accordée par chaque groupe de répondants	84
Tableau 12	Score de rang moyen des 10 questions les plus fréquemment prioritaires par l'ensemble des répondants.....	86
Tableau 13	La compétence des intervenants.....	90
Figure 1	Dimensions de la qualité des services de réadaptation	21
Figure 2	Carte compétence	25
Figure 3	Cube de la qualité	33

INTRODUCTION

La préoccupation pour la qualité des services dans les organisations publiques n'est pas récente. Par contre, la volonté de mettre en place un ensemble cohérent et systématique de mesures de contrôle et d'amélioration de la qualité l'est. Elle constitue l'aboutissement logique des réflexions effectuées depuis le début des années 80. Avec la crise de l'État-providence, l'aggravation de la dette publique et les coupures budgétaires qui en résultent, il devient impératif de doter les organisations d'outils capables de les orienter dans la prise de décision. Les services rendus sont-ils performants? Pertinents? Efficaces? Rencontrent-ils les normes et les standards voulus? Quelles sont les améliorations qui pourraient être apportées? Qu'en pensent les utilisateurs? Les partenaires du milieu? Les intervenants au sein même de l'organisation?

Depuis 1994, le Regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine⁵ s'est attaqué au problème de l'élaboration d'un système d'amélioration de la qualité de ses services de réadaptation pour une clientèle alcoolique et toxicomane. Le Regroupement a voulu concevoir un système d'évaluation continue de ce qui, dans ses services, contribue le plus significativement à l'atteinte de sa mission. Utile, convivial, intégré à la gestion courante, il conserve une flexibilité suffisante pour s'adapter aux changements tout en conservant sa validité sur le plan scientifique. L'ensemble du système combine dans un processus récurrent des stratégies et des outils de recherche existants à de nouveaux outils. Le cheminement adopté par le Regroupement dans la conception et la mise au point du système peut fournir un modèle de développement pour des projets semblables ailleurs dans le réseau de la santé.

Ce projet n'aurait pu être mené à terme sans la participation soutenue de nombreux collaborateurs. Nous voulons remercier toutes les personnes, usagers des centres, intervenants et cadres du Regroupement, partenaires du réseau qui ont participé aux différents groupes de discussion et consultations qui ont permis d'élaborer ce système en collaboration étroite avec ceux qui en seront les utilisateurs. Nous tenons à témoigner une reconnaissance particulière aux membres des comités de suivi du projet : pour le MSSS, Mmes Diane Lacroix et Monique Savoie et MM. Robert Ménard et Guy Bégin; pour la Régie régionale de Montréal-Centre, Mme Natalie Kishchuk et M. John Topp; M. André Landry, directeur des services professionnels et de réadaptation du Centre Le Virage; pour le Regroupement, Mmes Diane Métayer, Micheline Bédard, Marie-Claude Pominville et MM. Pierre Lamarche, Jean Boislard et Yvon Jasmin. Mme Ghislaine Binette a assuré le secrétariat et la mise en page du document.

Ce document se divise en 7 sections :

- la description des fondements et des objectifs du système;
- l'identification des dimensions de la qualité des services qui font l'objet d'une démarche d'amélioration;
- le développement des questions d'évaluation;
- le choix des méthodes et des outils d'évaluation;
- la structure et le fonctionnement projeté du système;
- l'inventaire des ressources nécessaires à son fonctionnement;
- le contrôle du système.

⁵ Depuis le 1er avril 1997, le Regroupement des Centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine est devenu le «Centre Dollard-Cormier».

SECTION 1. FONDEMENTS ET OBJECTIFS DU SYSTÈME

Le développement d'un système d'amélioration de la qualité des services de réadaptation du Regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine s'inscrit dans la foulée des politiques récentes sur la santé et la qualité des services aux citoyens. Depuis 5 ans, le MSSS a maintes fois réitéré les orientations et les objectifs quant à la qualité, l'efficacité et l'efficience de la prestation de services au sein du réseau. Le système d'amélioration de la qualité proposé par le Regroupement veut traduire ces positions dans une structure administrative opérationnelle.

Par ailleurs, le Regroupement a voulu s'inspirer des théories les plus avancées en matière d'évaluation de programme en adoptant une approche de quatrième génération. En mettant l'accent sur la participation de tous les acteurs impliqués, l'évaluation de quatrième génération assure l'ancrage de la conception et de la planification d'une évaluation dans la réalité quotidienne de l'organisation, tout en favorisant la participation et l'échange d'idées entre les concepteurs, les dispensateurs de services directs et les usagers.

La démarche adoptée par le Regroupement dans l'élaboration du système de la qualité a donc constamment tenu compte des orientations de l'ensemble du réseau tout en ménageant un espace aux groupes touchés par le projet de façon à leur permettre de s'appropriier l'ensemble de la problématique de la qualité et d'influencer le processus. Ce document a été conçu dans le même esprit pour permettre à tout groupe intéressé de s'approprier les démarches et de le reproduire dans son milieu. L'accent est donc mis sur les étapes du processus de développement du système et sur les conditions d'implantation.

1.1 Les orientations ministérielles à l'égard de la fonction évaluative dans les services de santé

Nous ne rappellerons pas ici tout le contexte de développement des orientations ministérielles en matière d'amélioration et de qualité des services. Un bref survol des éléments pertinents suffira pour comprendre les principes sous-jacents à la démarche d'élaboration du système d'amélioration de la qualité du Regroupement.

Avec la loi 120 de 1991, le législateur reconnaissait le rôle actif que jouerait désormais la fonction évaluative dans la mise en oeuvre des politiques et des programmes de santé et de services sociaux. Si les nouvelles régies régionales de la Santé et des Services sociaux se voyaient confier le mandat d'évaluer les services sur une base régionale, les conseils d'administration des établissements, au niveau local, recevaient des mandats clairs concernant la qualité des services dispensés et l'utilisation rationnelle des ressources disponibles. Ainsi, selon l'article 172, les établissements doivent assurer :

- la pertinence, la qualité et l'efficience des services dispensés;
- le respect des droits des usagers et le traitement diligent de leurs plaintes;
- l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
- la participation, la motivation, la valorisation et le maintien des compétences et du développement des ressources humaines.⁶

La *Politique gouvernementale concernant l'évaluation de la qualité des services aux citoyens* (1991) dégage trois axes d'intervention : l'accessibilité aux services et la satisfaction du public, la responsabilisation des ressources humaines à tous les niveaux et l'instauration d'une démarche d'évaluation constante de la qualité. Plus précisément, dans le troisième axe d'intervention, la politique prévoit la mise en place de mécanismes de suivi et d'amélioration de la qualité des services dispensés par l'introduction d'indicateurs

⁶ *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, 1991, art. 172

clés au système d'information de gestion, ainsi que par l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des politiques et des programmes.

Plus près de nous, le document *Défi qualité-performance* fixe les orientations et les objectifs ministériels pour 1994-1997 notamment en ce qui a trait à l'évaluation de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience des services. En effet, l'orientation 2 du *Défi qualité-performance* stipule que le réseau doit s'attacher à «améliorer les conditions de santé et de bien-être de la population ainsi que la qualité de soins et des services aux citoyens en conformité avec la politique de santé et de bien-être». ⁷ De plus, l'orientation 3 du document rappelle les contraintes budgétaires actuelles et insiste sur la nécessité de «viser l'atteinte des cibles budgétaires gouvernementales et un accroissement de la performance d'ensemble du système, ainsi que de ses différentes composantes.» ⁸ Parmi les objectifs suggérés pour réaliser cette orientation, on note d'abord celui de rendre la configuration des services plus efficiente et moins coûteuse, et ensuite d'accroître la productivité par une révision des façons de faire, des pratiques, des modes d'organisation ainsi que des processus de production et de travail. ⁹

Depuis 1993, les centres publics de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes de l'Île de Montréal ont été placés sous la responsabilité d'un seul conseil d'administration, conformément à ce que préconisait le MSSS dans son document *Une Réforme axée sur le citoyen*. Le Ministère voulait ainsi accroître la concertation entre les établissements du réseau et favoriser une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources d'encadrement. En même temps, les conseils d'administration des établissements du réseau se voyaient confier de nouvelles responsabilités. Ils devaient désormais «veiller à ce que soient dispensés des services accessibles, personnalisés et continus, à ce que ces services soient de qualité sur les plans à la fois scientifique, humain, social et à ce qu'ils soient offerts dans le respect des droits fondamentaux des personnes» ¹⁰ Pour ce faire, les conseils d'administration des établissements allaient se doter d'un plan d'organisation administrative, professionnelle et scientifique prévoyant des mécanismes formels relatifs à :

- la pertinence, la qualité et l'efficacité des services dispensés;
- la satisfaction des usagers, le respect de leurs droits, et les mécanismes de traitement des plaintes;
- l'utilisation efficiente des ressources financières;
- la participation, la motivation, la valorisation, le maintien des compétences et le développement des ressources humaines. ¹¹

Ce rappel des décisions et positions prises depuis cinq ans sur les nouvelles orientations à donner au système de santé dans son ensemble fait ressortir les points de convergence entre le projet du Regroupement en matière d'évaluation de la qualité des services cliniques et les principes mis de l'avant par le Ministère. Maintenir des services de qualité dans un contexte budgétaire de plus en plus problématique exige des pratiques innovatrices dans tout le réseau. Le système d'amélioration intégré et continu de la qualité des services de réadaptation du Regroupement constitue une réponse au défi qui l'attend. Une préoccupation constante de la qualité, incarnée dans des processus récurrents de mesure et d'évaluation,

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Défi «qualité-performance». Plan triennal d'orientations 1994-1997* (Octobre 1993), p. 19

⁸ *Ibid.*, p. 22

⁹ *Ibid.*, p. 23

¹⁰ *Une réforme axée sur le citoyen*, (Québec, le Ministère, 1990), p. 65

¹¹ *Ibid.*, p. 65-66

devrait permettre d'offrir les meilleurs services au meilleur coût, compte tenu des besoins des usagers. Centrer résolument l'intervention sur la clientèle va se traduire, sur le plan de l'amélioration de la qualité, par une préoccupation particulière pour la réponse aux besoins manifestés par l'utilisateur et pour le niveau de résultat atteint dans l'intervention. La réussite de l'ensemble du projet repose en grande partie sur la capacité de créer un climat de participation, valorisant et motivant pour le personnel.

1.2 Les fondements théoriques du projet de système d'amélioration de la qualité

1.2.1 Un cadre conceptuel sur la qualité des services

La notion de qualité qui a guidé le développement de ce projet de système d'amélioration a été tirée du cadre conceptuel de la Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux¹².

Apprécier la qualité pour Brunelle consiste à établir un **lien entre une structure, des processus et un résultat**. La **structure** fait référence aux aspects organisationnels et techniques d'un établissement. Elle comprend les caractéristiques des ressources et des dispensateurs ayant une certaine permanence (comme la formation), ainsi que les instruments mis à leur disposition. Le **processus** renvoie aux activités se déroulant entre les dispensateurs de services et les clients. Il comprend les façons de faire, de même que les normes et les pratiques professionnelles. Enfin, les **résultats effectifs** désignent les gains tangibles dus aux modifications dans l'état de santé ou de bien être qu'on peut ou croit pouvoir imputer aux soins et aux services reçus. Les résultats effectifs (outcomes) ne doivent pas être confondus avec les résultats de processus ou de structure (outputs). Les résultats effectifs se mesurent à la capacité des clients de fonctionner physiquement, psychologiquement ou socialement, et aux attitudes, comportements, connaissances ou habiletés acquises. On peut également distinguer, à la suite de Donabedian¹³, les résultats liés aux clients des résultats liés aux praticiens, suggérant ici que l'appréciation de la qualité des résultats s'applique autant aux usagers des services qu'aux producteurs de services.

Traiter de la qualité pour Donabedian consiste à isoler une caractéristique pour ensuite porter un jugement sur elle en fonction des fins poursuivies et des moyens à privilégier. L'écart constaté entre ce qui est souhaitable et ce qui est effectivement réalisé renvoie, directement ou non, soit à une norme scientifique, soit à ce qui est généralement fait ou accepté. De ce fait, ce jugement peut évoluer en fonction du temps et des situations. Mais quels que soient les critères ou les indicateurs utilisés, le concept de qualité des services de réadaptation prend son sens lorsqu'on le rattache aux bénéfices directs aux individus et à la collectivité. Plusieurs groupes d'acteurs sont par ailleurs susceptibles de porter un jugement sur la qualité des services : les dispensateurs, les clients, les proches, les administrateurs et l'ensemble de la population. Ces groupes n'ont pas tous les mêmes intérêts ni ne partagent les mêmes préoccupations quant aux différents aspects de la dispensation des services; par conséquent, leur appréciation de la qualité de la structure, du processus ou des résultats va différer. Une stratégie d'amélioration de la qualité se doit de rendre compte, à défaut de les concilier, des positions et des jugements plus ou moins contradictoires sur les services.

1.2.2 L'évaluation de quatrième génération

¹² Yvon Brunelle (1993). *La qualité des soins et services : un cadre conceptuel*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Direction de l'évaluation, Service de l'évaluation de la couverture et de la qualité des services, 1993

¹³ Avedis Donabedian, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol. 1*, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980, p. 95 et suivantes.

L'évaluation de quatrième génération¹⁴ se veut une évolution, voire une révolution dans la manière de porter un jugement sur un programme. Se différenciant des générations précédentes de la pensée évaluative par son approche constructiviste, l'évaluation de quatrième génération rejette l'idée positiviste qu'un évaluateur désintéressé puisse faire une collecte de données objectives et porter un jugement de valeur exempté de biais et de subjectivité. Elle reconnaît d'abord que chaque acteur autour d'un programme donné aura construit, en partant de son rôle social et de son bagage personnel, un point de vue unique sur le programme et sur toute notion de qualité relative à celle-ci. Elle propose ensuite que l'évaluation se réalise dans le cadre d'une vision négociée de cette réalité sociale, reconnaissant, respectant et facilitant l'expression des points de vue de chacun des acteurs. Selon cette approche, l'évaluateur est lui-même acteur dans ce monde négocié. Son rôle consiste à faciliter l'échange de point de vue et l'émergence de visions consensuelles. Sa voix est alors davantage celle du participant passionné que du scientifique désintéressé des approches plus traditionnelles.¹⁵ Une évaluation de quatrième génération procède d'abord par l'identification et l'implication des acteurs dans le processus évaluatif. Animés par l'évaluateur, ces acteurs identifient les questions d'évaluation et définissent les stratégies de collecte et d'analyse d'information. Ensemble, ce groupe voit à l'émergence d'interprétations communes des données et des actions qui en découlent.

Cette approche apparaît pertinente dans un contexte de développement d'un système d'amélioration de la qualité des services de réadaptation, et ce, pour plusieurs raisons. Plusieurs groupes d'acteurs seront potentiellement touchés par un tel système et peuvent avoir des points de vue différents, et ce sur la notion même de qualité des services. Réconcilier, ou du moins confronter leurs points de vue, représente une avenue intéressante afin de s'assurer de la pertinence du futur système pour tous et chacun. Les acteurs peuvent comprendre non seulement les administrateurs des services, mais aussi les cliniciens, les usagers et les organismes partenaires. Par ailleurs, nous avons été sensibilisés, comme tout membre du réseau, à la possibilité d'échouer dans l'implantation des systèmes de gestion, notamment ceux avec une forte composante informatisée. L'approche de quatrième génération offre la possibilité de prévenir certains problèmes d'implantation en assurant une visibilité et une transparence de communication tout au long de l'élaboration du système. Enfin, le mandat de création du système ayant été confié à la Direction des services professionnels du Regroupement, nous étions intéressés à jouer pleinement notre rôle de participant passionné dans le processus.

1.3 Le projet de système d'amélioration continue de la qualité des services de réadaptation au Regroupement

1.3.1 Les objectifs et caractéristiques du système

Le Regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine entreprenait en août 1994 le développement d'un système intégré et continu d'amélioration de la qualité des services de réadaptation. Le système visait les objectifs suivants :

- assurer la qualité des services de réadaptation par les centres publics;
- aider la prise de décision concernant le choix des méthodes et des programmes de réadaptation, l'organisation des services et la gestion des ressources humaines.

Pour satisfaire aux exigences du Regroupement, le système d'amélioration de la qualité devait respecter les critères suivants :

¹⁴ Guba, E., Lincoln, Y., *Fourth generation evaluation*, Newbyry Park, Sage, 1989.

¹⁵ Guba, E., Lincoln, Y., «Competing paradigms in qualitative research», dans N. Dezin et Y. Lincoln (éd.) *Handbook of qualitative research* (Thousand Oaks, CA, Sage, 1994) : 105-117

- être utile : le système doit répondre d'abord et avant tout aux besoins de tous ses utilisateurs, usagers, intervenants, gestionnaires, partenaires du Regroupement;
- être valide : le système doit être conforme aux standards scientifiques et aux règles de l'art en matière d'amélioration de la qualité;
- être intégré au système courant de gestion : le système doit fournir des données qui constituent un intrant pour la gestion de l'organisation dans son ensemble;
- être convivial : chaque groupe d'utilisateurs peut demander et recevoir les informations contenues dans le système rapidement et facilement;
- être flexible : le système reste le plus possible souple de manière à suivre l'évolution des besoins et des situations;
- être continu : les données recueillies le sont régulièrement et sur de longues périodes;
- être stratégique : compte tenu des ressources limitées dont le Regroupement dispose, le système devra évaluer en priorité ce qui contribue le plus significativement à la qualité des services;
- être généralisable aux autres centres de réadaptation en toxicomanie.

Conformément au modèle proposé par Brunelle, le système d'amélioration continue de la qualité va questionner l'articulation existant au sein du Regroupement entre la structure, les processus et les résultats. L'évaluation de la qualité porte donc à la fois sur l'organisation des services, la façon de rendre les services et les effets produits par les services.

1.3.2 Les grandes fonctions du système d'amélioration

Si l'on veut se donner une idée du système d'amélioration continue de la qualité d'un point de vue dynamique, on doit considérer les fonctions qu'il remplira dans l'organisation. Ces trois fonctions sont :

1. **Produire des données d'évaluation** sur la structure, les processus et les résultats des services. Les données fournies par le système portent sur chacune des dimensions priorisées. Les données colligées apportent des éléments de réponse aux questions d'évaluation selon leur pertinence pour les utilisateurs du système. Cette fonction est sous la responsabilité du conseiller-cadre à l'amélioration de la qualité.
2. **Étudier les données, recueillir les recommandations et veiller à la mise en oeuvre des décisions.** Cette fonction revient aux utilisateurs du système.
3. **Faire le suivi des actions et mesurer leur impact sur la qualité**, et ce tant à l'échelle du Regroupement que des équipes de programme. Cette fonction relève des gestionnaires, des intervenants et des usagers.

1.3.3 La structure de développement du projet

Comme il en a été fait mention précédemment, le projet a été placé sous la responsabilité de la Direction des services professionnels (DSP) du Regroupement. Deux comités ont été mis sur pied pour soutenir les efforts de cette direction. Conformément à l'approche d'évaluation de quatrième génération, ces comités étaient composés de représentants de différents groupes d'acteurs touchés par le processus.

Le **Comité d'orientation** est constitué de représentants du Ministère, de la Régie régionale de Montréal-Centre, des cadres des trois centres composant le Regroupement, d'un représentant des Centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes ainsi que d'un représentant des intervenants. Son mandat consiste à donner son avis sur l'orientation générale du système aux moments clés de son développement, ainsi que de voir à ce que «le système réponde aux besoins des différents groupes représentés au sein du comité». Le **Comité de pilotage** veille au bon déroulement du projet au fur et à mesure de son

développement, ce qui englobe les tâches suivantes :

- donner des avis sur la façon d'assurer que le système soit adapté à l'ensemble du Regroupement et aussi à chacun des établissements;
- faire le lien entre les établissements et le comité;
- superviser le développement des outils tant sur le plan de la pertinence que de la validité;
- faire état des expériences qui ont été réalisées et qui pourraient servir;
- faire circuler l'information dans chacun des établissements;
- donner des avis sur les processus de consultation et d'information les plus appropriés.

La démarche adoptée par la Direction des services professionnels dans la réalisation du projet comporte quatre phases :

Phase 1 : Identification par les acteurs des dimensions de la qualité

Phase 2 : Sélection des dimensions de la qualité

Phase 3 : Développement des méthodes et des outils d'évaluation du système de mesure

Phase 4 : Déploiement du système

Au moment d'écrire ces lignes, le Regroupement est en mesure de présenter les résultats des travaux sur les trois premières phases du projet, soit de l'identification des dimensions de la qualité au développement du système de mesure. Quant à la phase de déploiement, elle devrait se faire en même temps que l'implantation du nouveau plan d'organisation du Regroupement prévu pour avril 1997. Entre-temps, il sera possible de tester des composantes isolées du système, comme le projet de questionnaire sur la qualité des services et la satisfaction des usagers, ou encore le processus d'étude qualitative de dossiers par des comités de pairs.¹⁶

¹⁶

Voir Section 5.

SECTION 2. IDENTIFICATION DES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SERVICES PRIORISÉES AU REGROUPEMENT

La première question à laquelle le système d'amélioration continue de la qualité devait répondre était : quelles sont les dimensions les plus significatives des services et programmes de réadaptation sur lesquelles le Regroupement devrait porter son attention? Conformément à l'approche d'évaluation de quatrième génération, la réponse à cette question devait provenir des groupes d'acteurs touchés par le système. En conséquence, les responsables du projet ont voulu s'assurer de la participation des groupes qui, au sein du Regroupement et dans son environnement, l'utiliseront. Partant de l'hypothèse que chaque groupe voudrait retrouver dans le système ce qui constitue, de son point de vue, la pierre angulaire d'un service de qualité, la démarche d'identification adoptée allait insister sur la nécessité pour les acteurs de se prononcer sur l'importance relative de chaque dimension. En même temps, un consensus devait se dégager sur les dimensions clés de la qualité des services. La consultation sur les dimensions de la qualité des services et programmes visait donc à ce que les groupes consultés s'entendent sur un nombre limité de dimensions, tout en respectant les préoccupations de chacun.

2.1 Le déroulement de la consultation

2.1.1 La phase 1

À la phase 1 de la consultation, les chercheurs responsables du projet se proposaient de faire un tour d'horizon des dimensions contenues dans la notion de qualité des services. Dix rencontres ont été organisées dans ce but avec des groupes d'utilisateurs potentiels du système :

- deux rencontres avec des représentants des usagers des trois centres, précédées d'une rencontre de prétest;
- deux rencontres avec des représentants des intervenants des trois centres;
- une rencontre avec les conseils professionnels (Conseil multidisciplinaire et Conseil des infirmières et infirmiers);
- une rencontre avec le Comité de régie interne de chacun des centres;
- une rencontre avec le Comité de direction restreint du Regroupement;
- une rencontre avec la Régie régionale de Montréal-Centre;
- une rencontre avec des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les entrevues ont eu lieu entre le 24 novembre 1994 et le 7 février 1995. Elles se sont déroulées selon la technique des groupes de discussions (focus group). Le schéma d'entrevue qui avait été élaboré pour ces rencontres tentait de couvrir l'ensemble du champ de la qualité applicable soit à la **structure**, au **processus** ou aux **résultats** des services offerts par les centres du Regroupement. Sauf en ce qui concerne les groupes d'usagers et d'intervenants, pour qui une firme privée (CROP inc.¹⁷) a été engagée, l'animation des rencontres a été assurée par Mme Natalie Kishchuk, responsable de la planification à la Direction de santé communautaire de la Régie régionale de Montréal-Centre ou par Mme Céline Mercier, chercheuse principale au RISQ et professeure agrégée à l'Université McGill.

Les entrevues complétées, une analyse descriptive de contenu a été effectuée sur le matériel recueilli. Formulée de manière succincte, cette analyse devait répondre à la question «qui dit quoi à propos de la qualité des services cliniques?» L'unité d'enregistrement choisie pour l'analyse, le **thème**, est constituée par toute affirmation portant sur les **dimensions** ou les **indicateurs de qualité des services cliniques**. Ce travail terminé, un classement des propos retenus a été réalisé selon que ceux-ci portaient sur la

¹⁷ Une copie du rapport sur les entrevues avec les usagers et les intervenants est disponible pour consultation à la Direction des services professionnels.

structure, le processus ou les résultats.¹⁸

Une fois tous les thèmes recensés, l'importance relative de chaque dimension a été évaluée de deux manières. La première méthode s'appuyait sur l'exercice de priorisation effectué dans la plupart des «focus group». ¹⁹ En effet, l'animateur demandait à la fin de la rencontre que chaque personne présente indique les trois dimensions qu'elle considérait les plus importantes.²⁰ La seconde méthode s'est appuyée sur la fréquence des énoncés concernant une dimension donnée de la qualité.

Suite à ces deux exercices, un profil général a émergé, caractérisé par la prépondérance de trois thèmes : les **résultats**, les **rapports entre les usagers et les intervenants** et la **réponse aux besoins de l'utilisateur par des services individualisés**. Trois autres thèmes de moindre importance ont aussi été identifiés, soit la **complémentarité**, la **cohérence et la continuité de l'intervention**, la **compétence des intervenants** et l'**accessibilité des services**.

2.1.2 La phase 2

Lors de la seconde phase de consultation, il fallait parvenir à prioriser les dimensions de la qualité de manière à ne retenir dans le système que celles jugées les plus significatives quant à la qualité des services.

À partir de l'analyse du contenu des entrevues réalisées lors de la phase 1, un questionnaire comportant 45 dimensions²¹ a été rédigé. Les répondants devaient coter l'importance qu'ils accordaient à chaque dimension et prioriser, à la fin de chaque section de même qu'à la fin du questionnaire, celles jugées indispensables à leurs yeux pour assurer la qualité des services au sein du Regroupement. Le prétest a été effectué grâce à la collaboration de dix usagers ainsi que de treize autres personnes représentant des intervenants, des collaborateurs et des partenaires du Regroupement, des comités professionnels et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La méthode d'échantillonnage a varié selon les groupes de répondants. Dans le cas du Regroupement, le Conseil d'administration et tous les employés (cadres, intervenants, personnel non clinique) ont été invités à répondre. Pour ce qui est des usagers, six rencontres de dix personnes ont été organisées. Cette méthode a été préférée à toute autre parce qu'elle permettait de reformuler, au besoin, les questions en termes clairs pour les répondants. Les collaborateurs et les partenaires du Regroupement, les répondants des centres de réadaptation et des centres hospitaliers en toxicomanie ont été sélectionnés sur la base soit des contacts plus ou moins étroits qu'ils entretiennent avec le Regroupement, soit en fonction de leur expertise dans le domaine de la réadaptation des personnes toxicomanes. Enfin, les représentants de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre et du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été désignés par un porte-parole de chacune de ces instances.

2.2 Les résultats

¹⁸ Un document regroupant les principales dimensions retenues est disponible pour consultation à la Direction des services professionnels.

¹⁹ Trois groupes totalisant cinq rencontres n'ont pas été soumis à cet exercice : la Régie régionale de Montréal-Centre, les deux groupes d'usagers et les deux groupes d'intervenants.

²⁰ Dans certains cas, les personnes interrogées mentionnaient plus de trois dimensions. On attribuait alors à celles-ci un score qui fut par la suite ramené sur trois.

²¹ Voir le document à l'Annexe 1.

2.2.1 Les caractéristiques des répondants

Le sondage a été réalisé entre le 18 avril et le 5 juin 1995. Sur les 494 questionnaires envoyés, 219 ont été retournés à l'échéance prévue pour un taux de réponse de 44,3 %. Le Tableau 1 présente les différents taux de réponse selon les groupes de répondants. Ces taux sont très variables et vont de 100 % (ministère) à 19,4 % (personnel non clinique du Regroupement). En ce qui concerne ce groupe, il avait été décidé de donner à tous les membres du personnel non clinique la possibilité de répondre au questionnaire même s'il était prévu que leur intérêt à le faire pourrait être très variable. En conséquence, le faible taux de réponse obtenu n'a pas surpris. Par contre, la représentativité des répondants du personnel clinique est amoindrie par un taux de réponse de 33,5 %, ce qui induit une forte marge d'erreur (9,3 %, 19 fois sur 20). Certains facteurs seraient à considérer dans l'explication de cette situation. D'abord, de multiples consultations effectuées durant la même période ont pu créer une certaine saturation chez les répondants. Ensuite, une proportion appréciable du personnel clinique est constituée de membres d'une liste de rappel qui travaillent plus ou moins régulièrement.

2.2.2 Les méthodes d'analyse des résultats

Trois méthodes d'analyse²² ont été utilisées afin de classer les dimensions de la qualité des services les plus importantes. La première méthode a consisté à calculer la **fréquence** à laquelle une dimension apparaissait dans l'exercice de priorisation se trouvant à la fin du questionnaire.²³ La seconde méthode était plus élaborée. Dans un premier temps, les dix dimensions les plus fréquemment mentionnées lors de l'exercice de priorisation à la fin du questionnaire étaient identifiées pour chaque groupe de répondants. Ces dimensions étaient ensuite ordonnées en commençant par la fréquence la plus élevée. Dans un deuxième temps, un score de rang était établi pour chaque dimension, le score 10 étant attribué à la dimension la plus fréquemment priorisée de chaque groupe, le score 9 pour la suivante et ainsi de suite. Cela étant fait, le score obtenu par une dimension dans les différents groupes de répondants était additionné puis divisé par le nombre de groupes. On obtient ainsi le **score moyen de rang** pour toutes les dimensions. Le score moyen de rang indique donc la position moyenne que chaque dimension a obtenue en tenant compte de tous les groupes de répondants. Pour ce qui est de la troisième méthode d'analyse, elle était basée sur le calcul de la **moyenne d'importance** accordée par tous les répondants du questionnaire aux dimensions. La combinaison de ces trois méthodes a permis d'identifier parmi les 45 dimensions de la qualité des services celles qui sont considérées par les répondants comme les plus révélatrices de la qualité des services.

²² Une analyse factorielle a également été entreprise. Elle nous a permis de conclure à l'indépendance des différentes dimensions entre elles.

²³ Chaque répondant était invité à identifier les cinq dimensions les plus importantes parmi toutes celles mentionnées.

TABLEAU 1

**NOMBRE DE QUESTIONNAIRES ENVOYÉS, NOMBRE DE RÉPONDANTS
ET TAUX DE RÉPONSE SELON LES GROUPES VISÉS PAR L'ENQUÊTE**

GROUPES VISÉS PAR L'ENQUÊTE	QUESTIONNAIRES ENVOYÉS	QUESTIONNAIRES REÇUS	TAUX DE RÉPONSE
Cadres et Conseil d'administration du Regroupement	29	21	72.4 %
Ministère de la Santé et des Services sociaux et Régie régionale de Montréal-Centre	12	12	100 %
Association des Hôpitaux du Québec et Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes	41	23	56.1 %
Partenaires du Regroupement	69	32	46.4 %
Personnel non clinique du Regroupement	62	12	19.4 %
Personnel clinique du Regroupement	221	74	33.5 %
Usagers du Regroupement	60	33	55 %
Non identifiés		12	
TOTAL	494	219	44.3 %

2.2.3 Les dimensions les plus importantes dans l'amélioration de la qualité des services

2.2.3.1 Le consensus sur trois dimensions

Si l'on se réfère au Tableau 2, on constate que trois dimensions de la qualité des services ont fait consensus parmi les répondants, et ce, pour les trois types d'analyse : **«le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers»**, **«la compétence des intervenants à l'embauche et en cours d'emploi»** et **«le lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur»**. Toutes ces dimensions occupent les trois premiers rangs quelle que soit la méthode de classement utilisée, sauf dans le cas du «lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur» qui se place au 4^e rang pour ce qui est de la moyenne d'importance.

Les intérêts exprimés par les différents groupes sont à peu près les mêmes. Ainsi, si l'on considère la fréquence à laquelle il a été priorisé, «le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers» vient en tête des préoccupations des intervenants et des collaborateurs du Regroupement, tandis qu'il prend le 2^e rang des usagers, des cadres et du C.A. du Regroupement²⁴. La moyenne d'importance obtenue place cette dimension au 1^{er} rang des préférences des intervenants, au 2^e rang de celles des usagers, des cadres et du Conseil d'administration du Regroupement, au 4^e rang de celles du MSSS et de la Régie régionale.²⁵

La dimension «compétence du personnel» a pris le 1^{er} rang du classement selon la fréquence pour tous les groupes, exception faite des intervenants, du MSSS et de la Régie régionale. La moyenne d'importance la range également au 1^{er} rang, et ce, pour le personnel non clinique, les cadres, le Conseil d'administration du Regroupement, les collaborateurs, le MSSS et la Régie régionale. Quant à eux, les intervenants lui ont accordé la 2^e plus forte moyenne, les centres de réadaptation la 3^e, les usagers, la 4^e.

Pour ce qui est du «lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur», il vient au 3^e rang de la fréquence de priorisation du personnel non clinique, des cadres et du Conseil d'administration du Regroupement, des collaborateurs, du MSSS et de la Régie régionale. Les intervenants lui ont accordé le 4^e rang de la fréquence de priorisation. La moyenne d'importance obtenue situe cette dimension au 2^e rang des préoccupations des cadres, du C.A. du Regroupement et de ses collaborateurs, au 3^e rang du personnel non clinique, au 4^e rang des centres de réadaptation, des centres hospitaliers, du MSSS et de la Régie régionale.

Selon la méthode de classement considérée, quelques groupes de répondants ne trouvent pas dans le consensus mentionné plus haut leur première priorité. Les représentants du MSSS et la Régie régionale ont préféré plus fréquemment «le niveau d'atteinte des objectifs du plan d'intervention pour un usager donné». Du côté du personnel non clinique, cette dimension arrive ex aequo avec la dimension de la compétence du personnel. D'autre part, la moyenne d'importance la plus élevée pour les usagers a été conférée à la dimension du «respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur». De leur côté, les centres de réadaptation et les centres hospitaliers ont accordé leur plus forte moyenne d'importance à «la pertinence des services du Regroupement par rapport aux besoins de la population alcoolique et toxicomane de la région de Montréal».

²⁴ Voir les Tableaux 7, 8 et 9 de l'Annexe 2.

²⁵ Voir les Tableaux 10 et 11 de l'Annexe 2.

TABLEAU 2

**QUESTIONS LES PLUS FRÉQUEMMENT PRIORISÉES ET RANG OBTENU
SELON LA FRÉQUENCE DE PRIORISATION, LE SCORE DE RANG MOYEN ET LA MOYENNE D'IMPORTANCE**

DIMENSIONS	RANG FRÉQUENCE DE PRIORISATION	SCORE DE RANG MOYEN	MOYENNE D'IMPOR- TANCE
Le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers. (Q. 2.06)	1	2	2
La compétence des intervenants à l'embauche et en cours d'emploi.(Q. 3.05)	2	1	1
Le lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur. (Q. 1.09)	3	3	4
Le niveau d'atteinte des objectifs du plan d'intervention pour un usager donné. (Q. 2.01)	4	4	26
Le degré d'adaptation de la programmation clinique par rapport à des clientèles présentant des caractéristiques plus spécifiques. (Q. 3.11)	5	5	14
La capacité de l'intervenant de susciter un engagement de l'utilisateur dans une démarche de réadaptation. (Q. 1.05)	6	6	15
Le respect de l'utilisateur comme personne responsable. (Q.1.06)	7	11	6
L'alliance établie entre l'intervenant et l'utilisateur. (Q. 1.04)	8	11	13
La capacité de l'intervenant d'accepter l'utilisateur tel qu'il est.	8	9	5

DIMENSIONS	RANG FRÉQUENCE DE PRIORISATION	SCORE DE RANG MOYEN	MOYENNE D'IMPOR- TANCE
(Q. 1.02)			
L'encadrement et la supervision clinique du personnel. (Q. 3.07)	10	7	11
La pertinence des services du Regroupement par rapport aux besoins de la population alcoolique et toxicomane de la région de Montréal. (Q. 3.13)	10	11	12
Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation chez l'utilisateur. (Q. 2.03)	10	7	18
Le degré de cohérence entre les intervenants dans l'intervention. (Q. 1.19)	13	16	7
Les programmes de formation et de perfectionnement du personnel. (Q. 3.06)	14	9	8
Le degré d'empathie manifesté par l'intervenant envers l'utilisateur. (Q. 1.01)	16	18	10
Le respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur. (Q. 1.07)	19	20	3
La transparence de la communication entre l'utilisateur et l'intervenant. (Q. 1.08)	26	22	9

2.2.3.2 Les quatre grandes préoccupations

Au terme de la phase I du processus de consultation, trois thèmes étaient ressortis avec plus d'acuité chez les personnes consultées : l'importance des résultats dans l'évaluation de la qualité, les rapports entre les usagers et les intervenants, la réponse aux besoins de l'utilisateur par des services individualisés. L'analyse des résultats du questionnaire a confirmé la prépondérance accordée à ces dimensions par les répondants.

En effet, des 17 premiers rangs des dimensions les plus fortement priorisées, 12 sont liées à l'un de ces trois thèmes. Par contre, le poids accordé à la compétence du personnel s'est affirmé avec beaucoup plus de force à la phase 2 qu'à la phase un de la consultation.

2.2.3.2.1 L'efficacité dans l'atteinte des résultats : approche individuelle plutôt que collective

L'importance des résultats dans une vision de la qualité des services au sein du Regroupement s'est traduite par la fréquence à laquelle trois dimensions portant sur ce thème ont été priorisées. Plus encore, le classement implicite qu'ont opéré les répondants correspond à une certaine progression dans l'opérationnalisation des résultats. **L'amélioration effective de l'état biopsychosocial de l'utilisateur refléterait le mieux la qualité des services et, à des degrés moindres, «le niveau d'atteinte des objectifs du plan d'intervention pour un usager» et «le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation chez l'utilisateur».** Les besoins, les objectifs, les approches et les techniques cliniques sont ressortis également comme formant un tout essentiel à l'atteinte de résultats effectifs. De plus, les préoccupations quant aux résultats portent exclusivement sur l'utilisateur lui-même, non sur l'impact social que pourrait avoir l'intervention.

On a déjà souligné que la dimension «niveau d'amélioration de la qualité de vie des usagers» figurait dans le peloton de tête des révélateurs de la qualité des services. Mais, très près de ce groupe de variables, on retrouve «le niveau d'atteinte des objectifs du plan d'intervention pour un usager» et, plus bas, «le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation chez l'utilisateur». Par contre, les dimensions touchant les résultats mesurables sur des collectivités se retrouvent loin dans le classement global. «Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation pour l'ensemble de la clientèle» et «le niveau de réduction des méfaits sur l'environnement social» se retrouvent au 21^e rang et au 30^e rang respectivement du classement pour la fréquence de priorisation. En terme de moyenne d'importance, ces dimensions figurent encore plus loin des préoccupations majeures: le 34^e rang pour la réduction des méfaits sur l'ensemble de la clientèle; le 37^e rang pour la réduction des méfaits sur l'environnement social. L'atteinte des objectifs des programmes d'intervention n'est pas non plus considérée comme une des dimensions les plus révélatrices de la qualité des services. Cette dimension se classe au 28^e rang de la fréquence de priorisation et au 42^e rang de la moyenne d'importance.

Le niveau d'atteinte des résultats pour un usager suppose implicitement une articulation adéquate entre les besoins de l'utilisateur, les objectifs du plan d'intervention et les moyens utilisés pour les atteindre. Sous cet angle, «le lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur», dimension figurant dans les premières priorités des répondants, ainsi que la dimension de «la qualité dans l'application des approches et des techniques cliniques utilisées» (15^e rang de la fréquence de priorisation, 14^e rang de score de rang moyen,²⁶ 19^e rang de la moyenne d'importance) voient leur pertinence dans l'évaluation de la qualité des services renforcée. Autrement dit, on obtient des résultats à partir d'un bon plan d'intervention mis en oeuvre par des méthodes et des techniques cliniques appropriées.

Quant aux impacts prévus et non prévus des services sur la personne et son entourage, ainsi que sur le nombre de personnes toxicomanes dans la région de Montréal, les répondants les ont clairement écartés de leurs préoccupations quant à l'amélioration de la qualité des services. La dimension «ensemble des

²⁶ Voir le Tableau 12 de l'Annexe 2.

effets prévus et non prévus sur la personne et son entourage» figure au 36^e rang de la fréquence de priorisation et au 40^e rang de la moyenne d'importance. Pour ce qui est de «l'impact sur le nombre de personnes toxicomanes dans la région de Montréal», les répondants ont relégué cette dimension au 41^e rang de la fréquence de priorisation et au 44^e rang de la moyenne d'importance.

2.2.3.2.2 La compétence des intervenants : une composante structurelle déterminante

La question de **la compétence des intervenants à l'embauche et en cours d'emploi**, qui n'avait été qu'effleurée lors des groupes de discussion, **s'est retrouvée au premier rang des scores de rang moyen et de la moyenne d'importance, de même qu'au 2^e rang de la fréquence de priorisation**. Ces résultats viennent corriger la perception qui s'était dégagée de la première phase de la consultation où cette question n'avait fait l'objet que de rares interventions. La compétence des intervenants comme composante de la qualité a été la dimension la plus fréquemment mentionnée par tous les groupes de répondants, exception faite des représentants du MSSS et la Régie régionale (2^e rang) ainsi que des intervenants (5^e rang). Cette 5^e position accordée par le groupe de répondants numériquement le plus imposant explique sans doute que la dimension de la compétence se soit retrouvée au 2^e rang du classement global plutôt qu'au premier.

À l'appui de la compétence des intervenants s'ajoutent les dimensions de «l'encadrement et la supervision clinique du personnel» ainsi que des «programmes de formation et de perfectionnement», qui figurent assez haut au classement général. «L'encadrement et la supervision clinique du personnel» fut la 10^e dimension la plus fréquemment priorisée, la 7^e pour le score de rang moyen et la 11^e pour la moyenne d'importance. Du côté des «programmes de formation et de perfectionnement du personnel», elle s'est retrouvée au 14^e rang de la fréquence de priorisation, au 9^e rang du score de rang et au 8^e rang de la moyenne d'importance.

Sur le plan donc de l'organisation des services, la triade «compétence du personnel, formation et perfectionnement, encadrement et supervision clinique», s'impose comme dimension déterminante de la qualité des services. Plus encore, la dimension de la compétence est intimement liée à celle de l'application des méthodes et des techniques cliniques, déjà identifiée comme condition de l'atteinte des objectifs du plan d'intervention. Son importance s'en trouve par là consolidée. Ceci dit, la compétence du personnel est impliquée également dans un autre groupe de dimensions révélatrices de la qualité des services : la relation qu'établissent les intervenants avec les usagers.

2.2.3.2.3 La qualité du lien thérapeutique

Quatre dimensions fortement priorisées par les répondants concernent la qualité des rapports entre les usagers et les intervenants. Ces données confirment les conclusions de la phase 1 de la consultation sur l'importance du rôle joué par la relation usager-intervenant dans la qualité des services. Du fait qu'elles arrivent toutes au moins une fois dans les dix premières positions de l'une ou l'autre des méthodes de classement, les dimensions relatives au lien thérapeutique forment un bloc, signe de l'intérêt qu'on leur porte dans une perspective de qualité des services et, à ce titre, méritent d'être retenues dans le système d'amélioration du Regroupement.

La plupart des dimensions portant sur le lien thérapeutique se retrouvent dans des positions proches les unes des autres au classement final. «La capacité de l'intervenant de susciter un engagement de l'utilisateur dans une démarche de réadaptation», «l'alliance établie entre l'intervenant et l'utilisateur» et «la capacité de l'intervenant d'accepter l'utilisateur tel qu'il est» se classent toutes entre le 6^e et le 8^e rang pour la fréquence de priorisation et entre le 6^e et le 11^e rang pour le score de rang moyen. La moyenne d'importance obtenue par «la capacité d'accepter l'utilisateur tel qu'il est» place cette dimension au 5^e rang. La dimension «alliance établie entre l'intervenant et l'utilisateur» obtient une moyenne d'importance correspondant au 13^e rang, le 15^e rang étant occupé par «la capacité de l'intervenant de susciter un engagement de l'utilisateur dans une démarche de réadaptation». La dimension «degré d'empathie manifesté par l'intervenant envers l'utilisateur» ferme la marche de ce groupe de dimensions avec un 16^e rang pour la fréquence de priorisation, un 18^e rang

pour le score de rang moyen et un 10^e rang pour la moyenne d'importance.

Malgré qu'elles ne figurent pas dans les premiers rangs du classement général, le groupe de dimensions constituant le lien thérapeutique devrait néanmoins être retenu. Il est en effet raisonnable de supposer qu'au plan du processus, tout ce qui touche au lien thérapeutique renvoie au plan de la structure des services à ce qui est sous-jacent à la notion de compétence.

2.2.3.2.4 La réponse aux besoins des usagers par une programmation adéquate

La nécessité de répondre aux besoins des usagers par des services individualisés ressortait avec assez de force de la première phase de la consultation sur la qualité. Ici, les énoncés concernant la pertinence de la programmation clinique forment un dernier groupe parmi les dimensions à conserver dans l'amélioration des services cliniques. De fait, **il n'est pas apparu suffisant d'établir la programmation du Regroupement seulement à partir des besoins de la clientèle qui s'y présente. Si l'on a mis de l'avant la nécessité de répondre aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques, les répondants ne perdent pas de vue la nécessité d'offrir une gamme de programmes pertinents par rapport aux besoins des personnes toxicomanes de la région de Montréal.**

La dimension «pertinence des programmes d'intervention par rapport aux besoins de la clientèle du Regroupement» s'est retrouvée au 23^e rang du score de rang moyen, au 16^e rang de la fréquence de priorisation et de la moyenne d'importance. En comparaison, «la pertinence des services du Regroupement par rapport aux besoins de la population alcoolique et toxicomane de la région de Montréal» est venue occuper le 10^e rang de la fréquence de priorisation, le 11^e rang du score de rang moyen et le 12^e rang de la moyenne d'importance. Du groupe, c'est «le degré d'adaptation de la programmation clinique par rapport à des clientèles présentant des caractéristiques plus spécifiques» qui a obtenu le meilleur score de rang moyen et la plus grande fréquence de priorisation. Pour la moyenne d'importance, son 14^e rang place cet énoncé à peu près au même niveau que les deux autres.

2.2.3.3 Les dimensions en fin de classement : l'organisation des lieux physiques et des ressources matérielles, la continuité dans les services, l'efficience

L'ensemble des dimensions de la qualité des services qui n'apparaissent qu'à la fin des différents classements éclairent autant qu'elles questionnent les priorités des répondants. On peut comprendre qu'en mettant avant tout l'accent sur l'atteinte des résultats et sur les éléments de processus et de structure qui y conduisent, la qualité dans l'organisation physique des centres importe moins. Cependant, en ce qui a trait à la continuité des services, les énoncés visant l'élargissement des cadres de l'intervention dans une perspective de réseau ont été relégués loin dans l'ordre des préoccupations. Enfin, le rapport entre les coûts et les services produits, sans être négligé, ne constitue pas pour les répondants un révélateur de la qualité des services.

2.2.3.3.1 L'organisation des lieux physiques et des ressources matérielles

Cet aspect de la structure des services cliniques a été refoulé le plus souvent à la fin du classement. «L'accessibilité physique des centres» n'a été mentionnée qu'au 30^e rang des dimensions les plus fréquemment priorisées et au 38^e rang de la moyenne d'importance. Les problèmes soulevés lors de la première phase de la consultation sur l'ambiance et l'aménagement des locaux en fonction des besoins de la clientèle sont restés sans échos à la phase 2, ces questions se classant au 36^e rang et au 41^e rang respectivement des préoccupations selon la fréquence, au 41^e et au 36^e rang selon la moyenne d'importance. Sans nier que des problèmes réels surviennent sur ce plan, agir sur ces éléments ne mettrait pas les services du Regroupement sur la voie de l'amélioration de la qualité.

2.2.3.3.2 La cohérence et la continuité dans les services

La seule dimension de la continuité dans les services qui a paru plus liée à la qualité a été «le degré de cohérence entre les intervenants dans l'intervention», avec une moyenne la classant au 13^e rang de la fréquence de priorisation, au 16^e rang du score de rang moyen et au 7^e rang de la moyenne d'importance. **L'accent a été moindre sur le degré de continuité entre l'utilisateur, l'intervenant ou l'équipe d'intervenants,** avec des résultats les renvoyant soit au milieu, soit à la fin du classement selon les méthodes.

Plus surprenant fut le **peu d'importance attribuée aux dimensions portant sur la collaboration dépassant le cadre des centres du Regroupement.** La question du «niveau de collaboration entre les intervenants et les services dans le Regroupement» n'obtient que le 39^e rang de la fréquence de priorisation et le 27^e rang de la moyenne d'importance. De son côté, «le niveau de collaboration avec les autres ressources de la communauté» n'a pu faire mieux que le 26^e rang de la fréquence de priorisation et le 34^e rang de la moyenne d'importance. L'intérêt modéré des répondants pour les impacts collectifs de l'intervention trouve-t-il ici son corollaire au plan du processus? Au moment où l'idée de partenariat entre les différents acteurs d'un même secteur d'intervention en vue de meilleurs résultats fait son chemin, la faible valorisation de cet aspect des services dans l'amélioration de la qualité suscite la réflexion. Qui plus est, le plan d'organisation du Regroupement en cours d'élaboration mise sur une plus grande interaction des intervenants dans le Regroupement. Le faible intérêt pour une collaboration intercentres et pour une vision réseau de l'intervention devrait faire l'objet d'une réflexion collective sur le rôle véritable de ces dimensions dans la qualité des services.

2.2.3.3.3 L'efficacité des services

La dimension de la qualité «coûts des services produits» a été elle aussi négligée par la plupart des répondants²⁷. Au 23^e rang de la fréquence de priorisation, elle figure au 43^e rang de la moyenne d'importance. **Produire les meilleurs services au moindre coût ne garantit donc pas selon les répondants la qualité des services.** Mais dans la mesure où la situation budgétaire risque de stagner et la pression sur les services existants de s'accroître, une place ne devrait-elle pas être faite au problème du coût des services?

2.3 La conclusion

Les principales préoccupations des répondants interrogés quant à la qualité des services touchent tous les plans de l'organisation du Regroupement.

Au plan de la structure des services, la compétence des intervenants prime sur les autres dimensions comme révélateur de la qualité des services offerts, sans toutefois qu'il faille négliger la pertinence de la programmation clinique.

Au plan du processus, les dimensions touchant au lien thérapeutique sont à retenir dans un système d'amélioration continu de la qualité car elles s'inscrivent dans le prolongement de la compétence du personnel. Tout aussi indicatif de la qualité des services, l'articulation entre les besoins, les objectifs du plan d'intervention et les méthodes et les techniques cliniques utilisées ouvre la voie à l'atteinte des résultats souhaités.

Au plan des résultats, si la mesure de l'efficacité des résultats sur les usagers est privilégiée pour juger de la qualité des services du Regroupement, elle ne va pas jusqu'à considérer les impacts collectifs qu'a ou que pourrait avoir l'intervention.

²⁷ La formulation de la question sur l'efficacité ne faisait pas explicitement de lien avec la qualité, ce qui a pu influencer les répondants.

Dans cette vision de la qualité, l'appréciation de l'organisation physique et matérielle des centres, une conception de l'intervention plus en lien avec d'autres composantes du réseau et l'efficience jouent un rôle secondaire.

2.4 La proposition

L'étape de la consultation sur les dimensions de la qualité des services cliniques étant terminée, une proposition peut maintenant être faite sur les dimensions qui devraient absolument y figurer.

Le choix des dimensions sur lesquelles les travaux se poursuivront s'est fait sur la base des principes suivants :

- les dimensions occupant les trois premiers rangs des préoccupations de l'ensemble des répondants ont été retenues ainsi que les dimensions associées au lien thérapeutique;
- les dimensions occupant les trois premiers rangs des principaux utilisateurs du système (les usagers, les intervenants, les cadres et le Conseil d'administration du Regroupement) selon la fréquence de priorisation devraient également être retenues si elles ne figurent pas dans les dimensions sélectionnées selon le principe précédent.

Les dimensions à retenir dans un système d'amélioration de la qualité des services seraient donc (Figure 1) :

- la **compétence des membres du personnel à l'embauche et en cours d'emploi;**
- le **niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers;**
- le **lien entre les besoins de l'utilisateur et les objectifs du plan d'intervention;**
- la **qualité de la relation usager-intervenant;**
- le **respect de la confidentialité des données concernant l'utilisateur.**

À ces cinq dimensions s'est ajoutée, à la demande du Comité de direction du Regroupement, la dimension de **l'efficience des services.**

Quant à la **pertinence de la programmation clinique**, elle est un des éléments du plan quinquennal de développement du Regroupement et figure donc déjà dans le processus de gestion.

FIGURE 1

DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE RÉADAPTATION

SECTION 3. DÉVELOPPEMENT DES QUESTIONS D'ÉVALUATION SUR LES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ

3.1 Le développement des questions sur la qualité des services

Une fois les dimensions de la qualité identifiées et priorisées selon leur importance pour la qualité des services, le défi consistait à développer un ensemble de questions d'évaluation pour rendre compte des différents aspects sous-jacents à chacune des dimensions. En effet, les dimensions de la qualité des services sont des notions complexes qui recouvrent de multiples aspects. Aussi, s'interroger sur la qualité d'une dimension suppose que l'on questionne certains des aspects que cette dimension recouvre. Cette section rend compte de la démarche suivie pour isoler les aspects pertinents qui conditionnent la qualité des services de réadaptation, en vue de déterminer les questions auxquelles le système devrait répondre pour être en mesure de porter un jugement sur la qualité des dimensions priorisées. Ces questions délimitent le champ privilégié par les utilisateurs du système pour apprécier la qualité de l'intervention au Regroupement.

Les questions d'évaluation des dimensions développées par l'équipe de chercheurs ont été élaborées selon que l'on se penchait sur :

- les aspects organisationnels et techniques du Regroupement qui sont nécessaires pour atteindre le niveau de qualité visé, soit la **structure**;
- les manières de faire, les procédures, les pratiques professionnelles, ainsi que la façon d'appliquer les normes et les règles adoptées par le Regroupement, soit le **processus**;
- les produits et l'état des services dispensés par rapport à chacune des dimensions en fonction des objectifs ou des normes de qualité visés, soit les **résultats**.

Les questions d'évaluation pouvaient ainsi être réparties suivant un tableau à double entrée où pour chaque dimension priorisée, on trouve des questions reliées à la structure, au processus et aux résultats.

Cependant, l'élaboration des questions d'évaluation s'est butée au problème de l'état inégal du développement du contenu des dimensions priorisées. Certaines dimensions incluses dans le système par les utilisateurs sont fort connues dans le milieu de la réadaptation, comme par exemple l'amélioration de l'état de santé, de bien-être et de la qualité de vie des usagers, ou la qualité de la relation d'aide entre les usagers et les intervenants. Les principaux aspects qui déterminent la qualité de ces dimensions sont identifiables pour les intervenants du secteur. D'autres dimensions, par contre, tel le lien entre les besoins de l'utilisateur et les objectifs du plan d'intervention, ou la compétence du personnel, ont exigé de la part des évaluateurs responsables du projet une exploration plus approfondie des différents aspects du contenu de ces dimensions.

3.1.1 Établir le lien entre les besoins des usagers et les objectifs du plan d'intervention

La dimension du lien entre les besoins des usagers et les objectifs du plan d'intervention ne présentait pas à proprement parler de problème par rapport à ce qui était visé par la dimension. Plutôt, il s'agissait de connaître l'état actuel des plans d'intervention dans les différents centres du Regroupement pour savoir si l'évaluation de la qualité du lien était faisable dans les conditions existantes. Les responsables du projet ont donc entrepris une étude exploratoire d'un échantillon de dossiers d'usagers pour chacun des centres. L'objectif consistait à établir si les éléments nécessaires à l'évaluation de la qualité du lien entre les besoins de l'utilisateur, les objectifs du plan d'intervention et les stratégies nécessaires à l'atteinte de ces objectifs étaient présents dans les dossiers et s'ils existaient sous une forme accessible à un éventuel observateur extérieur. Il n'était donc pas question de poser un jugement sur la qualité des éléments présents au dossier, mais de constater leur présence ou leur absence. L'étude a révélé une organisation inégale des dossiers selon les centres. Si, la plupart du temps, les divers éléments pour juger de la qualité du lien entre les besoins des usagers et les objectifs du plan d'intervention existent, la facture du dossier en rend difficile

l'évaluation. Par exemple, on a pu constater que, dans certains cas, les plans d'intervention ne sont pas rédigés dans le document prévu à cet effet. On doit consulter les notes au dossier. Certaines informations nécessaires au suivi du dossier pouvaient manquer (date de rédaction, date prévue de révision, signature de l'intervenant, moyens suggérés pour atteindre les objectifs, etc.). De même, à moins de lire le dossier ou le bilan de l'intervention, on retrouve rarement des indications claires sur le niveau d'atteinte des objectifs. De tout cela est ressortie la nécessité d'une réflexion en comité des intervenants sur la tenue des dossiers pour dégager des normes d'organisation et d'utilisation. Ce travail devrait permettre, dans un premier temps, une uniformisation (ou tout au moins une harmonisation) des pratiques et, dans un second temps, un contrôle de qualité efficace de la dimension des liens entre les besoins de l'utilisateur et les objectifs du plan d'intervention. Dans la section portant sur les outils d'évaluation, il sera question de la stratégie retenue découlant de cette étude exploratoire des dossiers.

3.1.2 Définir la compétence du personnel

La dimension de la compétence du personnel posait quant à elle un problème de définition. Comment définir la compétence d'un intervenant en toxicomanie d'une manière opérationnelle? Quels sont les ingrédients et les conditions qui font d'un individu un bon intervenant? Comment évaluer ces éléments? Et surtout, comment procéder pour les identifier?

Pour trouver une réponse à ces questions, les responsables du projet ont utilisé la technique de la **cartographie de concept** (*concept mapping*). Comme la préoccupation première était d'arriver à une définition de la compétence qui allait coller le plus possible à la pratique des intervenants du Regroupement, la technique de cartographie de concept semblait parfaitement convenir à cette fin, puisqu'elle est basée sur la participation active des personnes concernées par le concept à définir. La carte conceptuelle présentée ci-après distingue 12 dimensions de la qualité qui peuvent être regroupées en trois secteurs (Figure 2). Dans le premier, on retrouve les trois catégories dont la cote moyenne est la plus élevée : l'«attitude d'ouverture au besoin du client», l'«alliance» et l'«empowerment». Ensemble, elles mettent l'emphase sur **l'orientation vers le client** que doit manifester un intervenant compétent. Le second secteur est constitué des catégories de la «généralisation des capacités professionnelles», de la «polyvalence», de l'«engagement professionnel», de l'«équilibre personnel», de la «maturité professionnelle» et des «connaissances et actualisation». Ici, la compétence est vue dans son **orientation vers la pratique professionnelle elle-même**. Enfin, le troisième secteur comprend les catégories du «travail d'équipe», de la «gestion des normes institutionnelles» et de la «perspective écologique», qui relèvent selon nous de la compétence en tant qu'elle est **orientée vers les aspects organisationnels et systémiques**. C'est dire en résumé qu'un intervenant compétent sait entrer en relation avec un client, maîtrise les connaissances et les habiletés nécessaires à l'exercice de sa profession, tout en étant capable de répondre aux exigences de l'organisation.²⁸

Du point de vue des questions d'évaluation liées à la compétence des intervenants, le modèle de système d'amélioration de la qualité proposé distingue deux séries de questions. La première est destinée à évaluer la qualité de la relation d'aide et le lien entre les besoins et les objectifs du plan d'intervention. La seconde série concerne la compétence des intervenants **à l'embauche et en cours d'emploi**. Le choix fait par les responsables du projet de procéder ainsi relève de considérations pratiques. En effet, on ne peut appliquer les mêmes critères d'évaluation lors de l'embauche et de la probation d'un nouvel intervenant que lorsque celui-ci fait partie du personnel de l'organisation depuis un certain temps.

²⁸

Un résumé de la démarche et les résultats complets de l'exercice se trouvent à l'Annexe 3.

FIGURE 2
CARTE COMPÉTENCE

3.2 Les questions d'évaluation

L'ensemble des questions d'évaluation élaborées dans le cadre du système sont exposées dans le Tableau 3. Elles ont été regroupées selon qu'elles s'adressent à la structure des services, aux processus ou aux résultats.

Les questions concernant la qualité de la structure portent sur l'existence de politiques concernant les orientations, les normes ou les critères qui garantissent le niveau de qualité des dimensions priorisées, sur la formation, le perfectionnement, l'encadrement et la supervision clinique impliqués par la position du Regroupement sur chaque dimension, de même que sur l'existence des mécanismes nécessaires à leur évaluation. Ensemble, toutes ces questions convergent vers une seule préoccupation, celle de fournir les conditions nécessaires pour atteindre le niveau de qualité souhaité.

Les questions relatives au processus vérifient si les orientations, les règles et les normes établies sont appliquées ou non, et ce, en posant un jugement de qualité sur leur application. Par exemple, dans la dimension du lien entre les besoins de l'utilisateur et les objectifs du plan d'intervention, on se questionne d'abord sur la réalisation d'une évaluation des besoins et sur sa qualité. Ce modèle de questionnement se reproduit *grosso modo* pour chacune des dimensions.

Enfin, les questions sur les résultats permettent d'apprécier et d'évaluer l'articulation entre les éléments de la structure et des processus en les confrontant à leurs produits effectifs. C'est ici que l'on s'assure que, par exemple, les liens entre les besoins et les objectifs du plan d'intervention sont adéquats, ou que les usagers ont connu un niveau d'amélioration de leur état de santé, de bien-être et de leur qualité de vie.

L'ensemble des questions auxquelles le système d'amélioration continue de la qualité devra répondre constitue le plan du système. On peut saisir ainsi toute la portée, le champ auquel le système va apporter des réponses en terme d'amélioration de la qualité des services. Même si on ne parvient pas à répondre à toutes les questions, le tableau constitue un guide de référence pour orienter le processus d'évaluation. Tous les aspects pertinents à investiguer pour tracer un portrait complet de la qualité des services y figurent selon les besoins exprimés par les acteurs concernés.

TABLEAU 3.1

DIMENSIONS DE LA QUALITÉ EN FONCTION DES QUESTIONS D'ÉVALUATION

STRUCTURE

<p>LIEN ENTRE LES BESOINS DE L'USAGER ET LES OBJECTIFS DU PLAN</p>	<p>L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, DE BIEN-ÊTRE ET LA QUALITÉ DE VIE DE L'USAGER</p>	<p>LA COMPÉTENCE DES INTERVENANTS À L'EMBAUCHE</p>	<p>LA COMPÉTENCE DES INTERVENANTS EN COURS D'EMPLOI</p>	<p>CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES CONCERNANT L'USAGER</p>	<p>L'EFFICIENCE</p>	<p>QUALITÉ DE LA RELATION D'AIDE ENTRE L'USAGER ET L'INTERVENANT</p>
<p>1. Y a-t-il une politique énonçant les orientations et attentes du Regroupement en ce qui concerne la façon de développer les plans d'intervention?</p> <p>2. Y a-t-il des programmes de formation et des mécanismes d'encadrement et de supervision à la disposition des intervenants en ce qui concerne l'élaboration et le suivi des plans d'intervention?</p> <p>3. Est-ce que les outils d'évaluation des besoins choisis par le Regroupement sont adéquats?</p>	<p>1. Les orientations et les attentes du Regroupement par rapport à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des usagers ont-elles été précisées?</p> <p>2. Les méthodes d'intervention choisies sont-elles réputées efficaces?</p>	<p>1. Y a-t-il une politique de dotation du personnel? Quelle en est la qualité?</p> <p>2. Y a-t-il un plan d'effectifs établissant les objectifs de l'organisation en termes de répartition des titres d'emploi et des compétences recherchées des candidats?</p> <p>3. Y a-t-il un programme d'orientation des nouveaux intervenants? Quelle en est la qualité?</p> <p>4. Y a-t-il des mécanismes définis en ce qui concerne le suivi de la probation des nouveaux employés? Quelle en est la qualité?</p>	<p>1. Quels sont les mécanismes d'encadrement et de supervision du personnel clinique? Quelle est la qualité des structures mises en place?</p> <p>2. Quelle est la politique de formation et de perfectionnement du personnel clinique? Quelle en est la qualité?</p> <p>3. Est-ce qu'il existe une politique d'évaluation du rendement du personnel clinique?</p>	<p>1. Le Regroupement a-t-il élaboré une politique concernant la confidentialité des données concernant l'utilisateur et d'autres informations nominatives?</p> <p>2. Existe-t-il une politique de formation, d'encadrement et de supervision concernant la confidentialité des données concernant l'utilisateur?</p> <p>3. Existe-t-il des mécanismes de correction des problèmes de confidentialité? Quelle en est la qualité?</p>	<p>1. Existe-t-il une politique ou des normes concernant la charge de travail des intervenants et la répartition de l'effort attendu selon les différents programmes du Regroupement et types d'activités (v.g. services directs vs indirects, % de budget attribué/ programme)?</p> <p>2. Est-ce que le choix des programmes et activités tient compte d'un rapport coût/efficacité (vs. efficacité "réputée", v.g. externe vs interne, telle approche vs telle autre à efficacité égale?)</p> <p>3. Existe-t-il des critères d'appariement qui tiennent compte du rapport coût-efficacité?</p> <p>4. Existe-t-il des données sur l'efficacité réelle des services ou programmes offerts dans le Regroupement?</p>	<p>1. L'organisation a-t-elle précisé ses critères ou attentes concernant la qualité de la relation d'aide établie par les intervenants?</p> <p>2. Y a-t-il à l'embauche et pendant la période de probation des mécanismes pour évaluer la capacité de l'intervenant d'établir une relation d'aide de qualité ?</p> <p>3. Y a-t-il des programmes de formation et des mécanismes de supervision à la disposition des intervenants en ce qui concerne la qualité de la relation d'aide? Quelle en est la qualité?</p>

TABLEAU 3.2

DIMENSIONS DE LA QUALITÉ EN FONCTION DES QUESTIONS D'ÉVALUATION

PROCESSUS

<p>LIEN ENTRE LES BESOINS DE L'USAGER ET LES OBJECTIFS DU PLAN</p>	<p>L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, DE BIEN-ÊTRE ET LA QUALITÉ DE VIE DE L'USAGER</p>	<p>LA COMPÉTENCE DES INTERVENANTS À L'EMBAUCHE</p>	<p>LA COMPÉTENCE DES INTERVENANTS EN COURS D'EMPLOI</p>	<p>CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES CONCERNANT L'USAGER</p>	<p>L'EFFICIENCE</p>	<p>QUALITÉ DE LA RELATION D'AIDE ENTRE L'USAGER ET L'INTERVENANT</p>
<p>1. Y a-t-il une évaluation des besoins?</p> <p>2. Cette évaluation est-elle de qualité? Est-elle complète? Respecte-t-elle les règles de l'art?</p> <p>3. Est-ce que des objectifs d'intervention sont formulés? Sont-ils connus de l'utilisateur? sont-ils endossés par lui?</p> <p>4. Est-ce qu'il y a un lien entre les besoins et les objectifs?</p> <p>5. Y a-t-il des stratégies d'intervention?</p> <p>6. Sont-elles en lien avec les objectifs?</p>	<p>1. La planification de l'intervention respecte-t-elle les orientations et les attentes de l'établissement concernant l'amélioration de l'état de santé, de bien-être et de la qualité de vie des usagers?</p> <p>2. Les méthodes utilisées sont-elles appliquées selon les règles de l'art?</p>	<p>1. La politique de dotation est-elle appliquée? Avec quelle qualité?</p> <p>2. Quels moyens sont pris pour atteindre les objectifs du plan d'effectif?</p> <p>3. Le programme d'orientation des nouveaux intervenants est-il suivi? Avec quelle qualité?</p> <p>4. Le suivi de la probation est-il fait selon les politiques en vigueur? Avec quelle qualité?</p>	<p>1. Les mécanismes d'encadrement et de supervision sont-ils appliqués? Avec quelle qualité?</p> <p>2. La politique de formation et de perfectionnement est-elle appliquée? Avec quelle qualité?</p> <p>3. La politique d'évaluation du rendement est-elle appliquée? avec quelle qualité?</p>	<p>1. La politique touchant la confidentialité des données concernant l'utilisateur a-t-elle été appliquée? Avec quelle qualité?</p> <p>2. La politique de formation, d'encadrement et de supervision de la confidentialité des données concernant l'utilisateur a-t-elle été appliquée? Avec quelle qualité?</p> <p>3. Les mécanismes de correction des problèmes de confidentialité sont-ils utilisés? Avec quelle qualité?</p>	<p>1. Les normes sur la charge de travail sont-elles appliquées?</p> <p>2. Est-ce que l'orientation des usagers dans les programmes et activités tient compte des critères d'appariement basés sur l'efficacité?</p> <p>3. Est-ce que la gestion des budgets et des ressources tient compte des objectifs fixés par l'organisation?</p>	<p>1. Les critères d'embauche concernant la capacité d'établir une relation d'aide sont-ils appliqués?</p> <p>2. Cette dimension est-elle évaluée pendant la période de probation?</p> <p>3. Les programmes de formation et mécanismes de supervision concernant la qualité de la relation d'aide sont-ils utilisés? Sont-ils utilisés par ceux qui en ont le plus besoin?</p>

TABLEAU 3.3

DIMENSIONS DE LA QUALITÉ EN FONCTION DES QUESTIONS D'ÉVALUATION

RÉSULTATS

LIEN ENTRE LES BESOINS DE L'USAGER ET LES OBJECTIFS DU PLAN	L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, DE BIEN-ÊTRE ET LA QUALITÉ DE VIE DE L'USAGER	LA COMPÉTENCE DES INTERVENANTS À L'EMBAUCHE	LA COMPÉTENCE DES INTERVENANTS EN COURS D'EMPLOI	CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES CONCERNANT L'USAGER	L'EFFICIENCE	QUALITÉ DE LA RELATION D'AIDE ENTRE L'USAGER ET L'INTERVENANT
<p>1. Y a-t-il un lien de qualité entre les besoins et les objectifs?</p> <p>2. Y a-t-il un lien de qualité entre les objectifs et les stratégies d'intervention?</p> <p>3. Est-ce que les objectifs de l'utilisateur sont atteints?</p>	<p>1. Est-ce que l'état de santé et de bien-être des usagers du Regroupement s'est amélioré?</p> <p>2. Quels sont les domaines de santé et de bien-être qui se sont le plus améliorés?</p> <p>3. Dans quelle mesure est-on justifié d'attribuer les résultats aux services rendus par le Regroupement?</p> <p>4. Existe-t-il une différence d'impact selon certaines catégories d'utilisateurs ou de services?</p> <p>5. Dans quelle mesure l'atteinte des objectifs du plan d'intervention contribue à l'amélioration de l'état de santé, de bien-être et de qualité de vie de l'utilisateur?</p>	<p>1. Quelle est la progression de l'organisation vers l'atteinte de son plan d'effectif?</p> <p>2. Quelle est l'efficacité des mécanismes de suivi de la probation.</p> <p>3. Quelle est la performance des intervenants embauchés?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualités personnelles - Compétences professionnelles - Intégration à la culture organisationnelle - tâches spécifiques aux programmes 	<p>1. Quelle est la compétence du personnel clinique en regard des dimensions suivantes?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacité de planifier l'intervention (Cf dimension 1) - Application des techniques et approches spécifiques au titre d'emploi - Qualité de la relation d'aide (du lien) avec les usagers (Cf dimension 2) - Application des programmes d'intervention auquel l'intervenant est affecté - Intervention en toxicomanie - Travail multidisciplinaire - Travail en réseau - Philosophie d'intervention 	<p>1. La confidentialité des données concernant les usagers est-elle sauvegardée de façon efficace?</p>	<p>1. Est-ce que les services les plus coûteux sont réellement dispensés aux usagers qui en ont le plus besoin?</p> <p>2. Est-ce que la productivité du personnel correspond aux objectifs fixés?</p> <p>3. Quelle est l'efficacité (coûts vs efficacité) relative des différents programmes ou services?</p> <p>4. Dans quelle mesure les clients reçoivent la quantité optimale de traitement nécessaire pour atteindre un niveau satisfaisant d'amélioration de leur état de santé, de bien-être et de qualité de vie?</p>	<p>1. Est-ce que les intervenants établissent une relation de qualité avec les usagers?</p>

SECTION 4. LES MÉTHODES ET LES OUTILS D'ÉVALUATION

4.1 Les niveaux d'évaluation et les sources d'information

Le nombre et la diversité des questions d'évaluation concernant la «qualité des services de réadaptation» plaçaient le projet devant certaines difficultés. Il fallait trouver des stratégies d'évaluation qui apporteraient des réponses aussi complètes, fiables et valides que possible à ces questions. En même temps, on ne pouvait perdre de vue la nécessité, affirmée dès le début, de faire un système léger, convivial, limité et intégré au cycle de gestion du Regroupement, où chaque utilisateur devrait trouver l'information correspondant à ses préoccupations. Ainsi, le nombre d'outils à utiliser devait être le plus limité possible tout en permettant de répondre au plus grand nombre de questions.

Les différents niveaux d'évaluation impliqués soulevaient également des problèmes. Les données en principe doivent être disponibles facilement et rapidement. Or, plus l'évaluation d'une dimension est approfondie, plus elle demande du temps, fait appel à un appareillage technique lourd et coûteux, et ne livre ses conclusions que sur des périodes de temps longues. Le cycle de l'évaluation doit en outre s'intégrer dans la prestation courante des services dans le but de maintenir, d'une part, l'implication des utilisateurs, et d'autre part, la légèreté du fonctionnement du système.

Le défi consistait donc à trouver une organisation concrète à l'évaluation susceptible de répondre à toutes ces pressions contradictoires. Deux idées s'imposaient : d'abord, diversifier les sources d'information et les outils de mesure de manière à recueillir un éventail de données très large, et ensuite moduler le degré de profondeur de l'évaluation des dimensions. Pour ce qui est des outils, il a été décidé : 1) de privilégier un certain nombre d'outils capables de fournir des données évaluatives sur plusieurs dimensions à la fois, et 2) de procéder à divers niveaux d'évaluation selon une périodicité variable. Les quatre niveaux d'évaluation de la qualité choisis correspondent également à la périodicité à laquelle les données seront recueillies. Pour chacune des six dimensions, on pourra procéder à un **monitoring**, à une **évaluation formative récurrente**, à une **évaluation formative approfondie** ou à une **évaluation de programme** (Tableaux 5.1, 5.2, 5.3 et 5.4). En ce qui concerne les sources d'information, elles sont au nombre de quatre : les **usagers** et leurs **proches**, les **intervenants**, les **cadres** et les **partenaires**.

Les quatre niveaux d'évaluation balisent un continuum où la complexité des questions d'évaluation est croissante.

1. Le **monitoring** consiste à surveiller la prestation de services et à assurer un suivi; les dispositifs de mesure mis en place préviennent les responsables lorsqu'on franchit le seuil minimal en deçà duquel la qualité est menacée,²⁹ ou lorsqu'on a atteint (ou non, ou en partie) l'objectif fixé. Les données pour produire les indicateurs sont recueillies sur une base courante et peuvent donc être accessibles à des intervalles réguliers, plus ou moins rapprochés;
2. L'**évaluation formative récurrente** produira des données sur une base annuelle, données qui permettront de contrôler et d'évaluer la prestation de services pour les dimensions jugées prioritaires dans tous les programmes de réadaptation du Regroupement;
3. L'**évaluation formative approfondie** va toucher sur un cycle de trois ans tous les programmes de réadaptation en profondeur grâce à une stratégie d'évaluation plus poussée;
4. La **recherche évaluative** produira une évaluation des résultats des interventions dans le cadre de projets subventionnés pour répondre à des questions qui exigent de recourir à des stratégies de

²⁹ Brunelle, *Op. cit.*, p. 54.

recherche et d'évaluation par devis expérimentaux ou quasi-expérimentaux. Une procédure de devis à cas unique sera intégrée dans le système courant d'amélioration de la qualité.

Les **sources d'information** privilégiées seront surtout les usagers et les intervenants. Les usagers, en tant que groupe le plus concerné par la qualité des services, seront appelés à fournir, directement ou par le biais de données recueillies à leur sujet, le plus d'information sur la qualité des services, autant du point de vue de la manière dont ils sont rendus que par rapport aux résultats obtenus en fin de traitement. Les intervenants et les cadres fourniront également de l'information en plus de participer activement à l'évaluation de la qualité des services. Les proches (entourage) et les partenaires du Regroupement seront également appelés à participer à l'évaluation. Mais actuellement, les modalités de leur participation au système restent encore à développer. La Figure 3 donne une représentation tridimensionnelle du système pour tout ce qui regarde la cueillette des données d'évaluation.

FIGURE 3
CUBE DE LA QUALITÉ

4.2 Les outils d'évaluation

De l'ensemble des instruments qu'il serait possible d'utiliser dans le système d'amélioration, les responsables du projet ont retenu un nombre limité d'outils de base qui couvriront à la fois l'ensemble des dimensions priorisées et les différents niveaux d'évaluation. Ces outils sont présentés au Tableau 4.

4.2.1 Les outils de suivi opérationnel (monitoring)

Un **plan d'implantation des politiques d'évaluation** devra être conçu pour assurer les conditions de mise en place et de fonctionnement du système, notamment en ce qui concerne la formation et le perfectionnement du personnel.

Le **SICAT** (Système d'Information Clientèle en Alcoolisme et autres Toxicomanies) est un système informatisé de gestion des clientèles en traitement développé par le MSSS et actuellement expérimenté au Centre Domrémy-Montréal. En gros, le système collige toutes les données pertinentes sur l'usager à partir du premier contact jusqu'à la fermeture de son dossier. En plus de fournir l'information nécessaire au Regroupement pour la gestion des clientèles, le SICAT va permettre de monitorer la qualité du lien entre les besoins des usagers et les objectifs du plan d'intervention, de même que l'efficacité des services. Le système étant encore en cours d'évaluation, on ne saurait dire quand il sera disponible. Une fois implanté, il pourra remplacer le registre du clinicien et le recours à l'AS471 et l'AS 481 comme source de données.³⁰

Le **registre du clinicien** est utilisé dans l'ensemble des CRPAT pour surveiller la nature et la quantité d'activités effectuées par les intervenants. Le registre va contribuer à établir le niveau d'efficacité et d'efficacité des services offerts. L'utilisation du registre comme source récurrente de données d'évaluation va exiger le développement d'une version informatisée de l'outil.

³⁰ ³⁰ Au moment d'écrire ces lignes, il semble de plus en plus probable que le projet Sicat sera abandonné. Néanmoins, la Fédération des centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes étudie comment une solution de rechange répondant aux mêmes fonctions peut être trouvée et développée.

TABLEAU 4
OUTILS D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

NIVEAUX D'ÉVALUATION	OUTILS D'ÉVALUATION
Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> - plan d'implantation des politiques - Sicat ou SIC ou registre du clinicien, AS471 et AS481 - nature des plaintes - boîte vocale - contrôle des dossiers par le personnel des archives
Évaluation formative récurrente	<ul style="list-style-type: none"> - étude qualitative de dossiers par des comités de pairs - questionnaire sur la qualité des services et sur la satisfaction des usagers - questionnaire omnibus aux intervenants
Évaluation formative approfondie	<ul style="list-style-type: none"> - entrevues approfondies - focus groups - questionnaire sur mesure - questionnaire validé à des fins spécifiques
Évaluation de programme	<ul style="list-style-type: none"> - devis expérimental à sujet unique

L'AS 471 et l'AS 481 sont des rapports financiers annuels que tout établissement fournit au ministère de la Santé et des Services Sociaux. Ils permettront au Regroupement d'obtenir des données ventilées par programme sur l'efficacité de ses services. Ces outils ne sont cependant pas utilisables directement. Il faudra penser à une technique de traitement de données qui fournira les indices coûts/efficacité des différents programmes.

La **nature des plaintes** adressées au Directeur des services professionnels du Regroupement fournira une indication qualitative sur les problèmes qui peuvent survenir à un niveau ou à un autre des services dispensés. Il appartiendra au Directeur des services professionnels de signaler aux instances concernées les améliorations à apporter à la prestation de services.

Par la **boîte vocale**, les usagers, leurs familles et les partenaires du Regroupement pourront grâce à un numéro de téléphone unique formuler des commentaires et des suggestions pour améliorer les services. Le dépouillement de la boîte se fera régulièrement par le conseiller-cadre affecté à la Direction des services

professionnels.

Le **contrôle des dossiers par le personnel des archives** désigne un processus de vérification des principaux renseignements qui doivent être présents au dossier de tous les usagers. En plus de s'inscrire dans les pratiques de gestion actuelles des dossiers au sein du Regroupement, le contrôle systématique des dossiers permettra de s'assurer de la présence des plans d'intervention et de repérer les éventuels manquements à la confidentialité. Le processus est actuellement en cours de révision.

4.2.2 Les outils d'évaluation formative récurrente

L'**étude qualitative de dossiers par des comités de pairs** est une stratégie d'évaluation formative récurrente qui va impliquer la participation des intervenants du Regroupement. Six groupes de cinq intervenants seront chargés de porter un jugement sur des interventions de leurs pairs à partir des documents dénominalisés figurant aux dossiers d'un échantillonnage d'usagers. Les groupes de pairs seront appelés à définir eux-mêmes les normes, critères et indicateurs nécessaires à l'évaluation des dossiers. Les résultats de l'étude seront produits chaque année avec des recommandations relatives aux améliorations à apporter.

Le **questionnaire sur la qualité des services et la satisfaction des usagers** va recueillir le point de vue des usagers par rapport aux services reçus, de même que leur opinion sur le niveau d'amélioration de leur état de santé, de bien-être et de leur qualité de vie. Il sera construit à partir d'une banque de questions portant sur l'ensemble des dimensions de la qualité, exception faite de l'efficience. Le questionnaire omnibus comportera deux sections. La première sera constituée d'un groupe de questions qui seront posées année après année. À ce noyau dur s'ajoutera un second groupe de questions qui pourront varier annuellement selon les questions d'évaluation jugées prioritaires par les utilisateurs. Un premier questionnaire omnibus a été construit et en partie validé auprès d'usagers. Une étude de faisabilité quant à deux modes de passation, en entrevue face-à-face ou téléphonique, a aussi été réalisée.

Le **questionnaire omnibus aux intervenants** s'inscrit dans la même perspective, mais s'adresse aux dispensateurs des services. La réflexion sur l'orientation à donner au questionnaire se poursuit. Il pourrait s'inspirer de deux types de questionnaires existants, soit des questionnaires sur la satisfaction des intervenants par rapport aux services qu'ils rendent, soit sur des questionnaires dits «de fardeau». De plus, certaines questions d'appréciation sur les structures soutenant les programmes seraient ajoutées. Comme le questionnaire omnibus aux usagers, il sera administré annuellement. Actuellement, il est en cours d'élaboration.

4.2.3 Les outils d'évaluation formative approfondie

Des **entrevues approfondies** ainsi que des **focus groups** font partie de la stratégie triennale d'évaluation des programmes cliniques. Ces techniques permettront de fouiller davantage les questions issues des observations et résultats du monitoring et des évaluations formatives récurrentes.

Dans le cadre de l'évaluation formative approfondie, les équipes de programmes pourront utiliser un **questionnaire sur mesure** ou un **questionnaire validé à des fins spécifiques** pour explorer plus avant une problématique particulière à un programme. Ces outils seront utilisés selon les problèmes à investiguer.

4.2.4 Les évaluations de programmes

Le **Devis expérimental à sujet unique** est un devis impliquant plusieurs mesures sur des variables observables avant et après l'intervention, et ce, à des intervalles rapprochées. Effectué à l'aide de l'IGT

(Indice de gravité d'une Toxicomanie)³¹, le devis pourra être utilisé à la fois dans l'évaluation formative récurrente et dans des projets de recherche évaluative.

Les **Devis de mesure avec groupe témoin** ainsi que le **Devis de mesure pré-post** désignent une ensemble de devis de recherche expérimentaux ou quasi-expérimentaux fort connus et utilisés en recherche. Le choix d'un de ces devis dépend des objectifs de la recherche et des contraintes pratiques reliées à leur mise en oeuvre. Ils seront utilisés dans le cadre de projets de recherche évaluative sur les services.

L'**IGT** est un questionnaire d'évaluation des problèmes biopsychosociaux liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie chez un individu. Il fournit des indices de gravité en fonction de sept zones de problèmes (alcool, drogues, santé physique, relations familiales et interpersonnelles, état psychologique, emploi et ressources, situation juridique). La version informatisée de l'IGT va permettre de contrôler la qualité des plans d'intervention, notamment en ce qui a trait au lien entre les besoins des usagers et les objectifs du plan. Elle permettra également de vérifier si les services les plus coûteux sont dispensés aux personnes en ayant le plus besoin.

En plus des outils mentionnés ci-haut, il serait souhaitable pour le Regroupement de bénéficier de moyens d'étude plus approfondis. Ces moyens supplémentaires seraient mis en oeuvre dans le cadre de projets spécifiques subventionnés et destinés à répondre à des interrogations plus fondamentales. On pense ici à des études qualitatives, à des évaluations faites par des ressources extérieures au Regroupement, ou encore au recours à des devis de recherche avec mesure avant et après traitement, avec ou sans groupes témoins.

Cette combinaison de niveaux d'évaluation et d'outils apportant des données quantitatives et qualitatives permet de couvrir l'ensemble des éléments évalués tout en conservant la légèreté et la souplesse la plus grande possible compte tenu du degré de raffinement de l'information à livrer. Le système prévoit également la possibilité de varier l'utilisation de certains outils de manière à mieux faire face aux besoins ou aux problèmes spécifiques pouvant survenir.

4.3 Le jugement de qualité (les normes)

Un jugement de qualité doit pouvoir être porté par les utilisateurs pour que les données d'évaluation recueillies soient utiles. Selon quels critères les utilisateurs du système évalueront-ils qu'un taux de satisfaction des usagers de 80 % à l'égard des services est satisfaisant ou qu'une moyenne quotidienne de 3,8 entrevues par intervenant représente une bonne productivité? Quelle sera la meilleure façon de juger la qualité de processus cliniques tels que la planification de l'intervention, la relation d'aide établie entre les intervenants et les usagers? Quel jugement pourra être porté concernant l'effet des services du Regroupement sur l'état de santé et la qualité de vie des usagers?

L'établissement de normes est nécessaire pour permettre de porter un tel jugement. Le défi consiste précisément, et surtout dans un domaine aussi complexe que la prestation de services psychosociaux et de santé, à établir un système de normes crédibles, opérationnelles et utiles. Un certain nombre de pistes sont proposées dans ce document, mais il est clair que la réflexion devra se poursuivre pour constituer un ensemble de critères permettant aux utilisateurs de porter un jugement de qualité à partir des données recueillies.

³¹ Bergeron, J., Landry, M., Ishac, A., Vaugeois, P. & Trépanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. Cahier de recherche du RISQ (Recherche et Intervention sur les substances psychoactives - Québec). ³¹

Les données normatives proposées peuvent être regroupées en cinq grandes catégories :

1. Les lois et règlements

Ces normes constituent une base minimale et nécessaire à laquelle on doit se conformer. Des mesures de contrôle, telles celles comprises dans la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux et sa réglementation ou la Loi sur les archives, sont déjà en place pour en assurer l'application (v.g. l'examen annuel des vérificateurs).

Néanmoins, le système d'amélioration continue de la qualité doit permettre de surveiller plus rigoureusement certains articles de loi ou règlements, par exemple : le respect des droits des usagers, notamment de la confidentialité des renseignements les concernant.

2. Les politiques du Regroupement

Plusieurs politiques du Regroupement définiront des normes relatives à la qualité des services de réadaptation du Regroupement. L'adoption de ces politiques fait partie intégrante du processus de déploiement du système d'amélioration continue de la qualité puisqu'elles énonceront des standards à respecter dans les processus de prestation et d'organisation des services. Citons, à titre d'exemple :

- Le code d'éthique du Regroupement;
- La procédure de traitement des plaintes;
- La politique sur la gestion des dossiers cliniques et la protection des renseignements concernant les usagers;
- La politique sur la charge de travail des intervenants;
- La politique sur le plan d'intervention;
- La politique de formation ;
- La politique sur l'encadrement et la supervision du personnel.

3. Les standards cliniques

- Une part importante des standards cliniques est déjà régie par le code des professions et chacun des ordres professionnels;
- Le code d'éthique du Regroupement et plusieurs politiques énoncées ci-dessus contiennent également des normes concernant les standards cliniques à respecter par les intervenants;
- L'état des connaissances sur l'efficacité ou la pertinence de certaines approches cliniques ou la façon de les utiliser conforme aux règles de l'art constituent également une source de normes concernant les standards cliniques.

4. La comparaison avec d'autres services ou établissements

L'utilisation d'instruments communs et standardisés de cueillette de données à divers niveaux (au sein du Regroupement, régional et provincial) permettra également d'établir des comparaisons et d'identifier des cibles prioritaires d'amélioration :

- Dans le Regroupement : comparaisons interprogrammes et services;
- Régional : ensemble des établissements de la région de Montréal quant au questionnaire de satisfaction des usagers;
- Provincial : entre établissements comparables (v.g. les centres de réadaptation en toxicomanie);

- Pour chacun de ces niveaux : comparaisons périodiques des mêmes données (annuellement, mensuellement, etc.).

5. Les objectifs de qualité fixés par les utilisateurs du système

Ces objectifs auront été fixés par les utilisateurs du système en fonction de leur niveau décisionnel (v.g. le Conseil d'administration pour l'ensemble de l'organisation, les membres d'une équipe pour leur programme clinique). De tels objectifs seront fixés périodiquement (v.g. à l'occasion de la revue annuelle des programmes ou de la mise en place d'un nouveau plan d'organisation) et pourront découler des cibles d'amélioration identifiées aux points précédents.

SECTION 5 : STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME

Le nouveau plan d'organisation du Regroupement instauré en avril 1997 prévoit la création d'un service d'amélioration continue de la qualité. Ce nouveau service a pour mandat d'appliquer les mesures relatives à la qualité adoptées par le Regroupement. La structure et le fonctionnement de l'ensemble du système sont conçus en tenant compte des grandes fonctions déjà identifiées, soit :

1. **la production et la diffusion de données d'évaluation** destinées aux utilisateurs du système, données qui apportent des réponses aux questions déjà identifiées pour évaluer la qualité;
2. **l'étude des données, la formulation de recommandations et la prise de décisions** aux différents paliers de l'organisation;
3. **la mise en oeuvre des actions.**

La forme du système d'amélioration proposée par les responsables du projet implique un partage des rôles et des responsabilités à tous les niveaux entre les groupes touchés par l'évaluation de la qualité, selon les fonctions énumérées ci-dessus. Ce faisant, la préoccupation pour la qualité des services est diffusée à tous les paliers de l'organisation. L'accent mis sur la participation des différents groupes d'intérêts à la production des données, à l'analyse, aux recommandations, décisions et actions traduit la volonté du Regroupement de créer un climat propice au questionnement et à l'amélioration continue des services. La qualité devient ainsi la préoccupation de tous, chacun étant tour à tour appelé à réfléchir sur les situations problématiques, à proposer des solutions et à veiller à leur application.

Le bon fonctionnement du système repose donc sur une gestion du processus dans laquelle les divers acteurs comprennent bien leur rôle et sont motivés à s'acquitter de leurs responsabilités à cet égard. Une distinction claire doit être établie entre les gestionnaires et les utilisateurs du système.

Les **gestionnaires** du système ont la responsabilité d'assurer son bon fonctionnement d'un bout à l'autre de l'organisation. Ils sont impliqués dans le **processus**. Les **utilisateurs** du système sont en charge du **contenu** : ils déterminent les questions soumises à l'évaluation et utilisent les données recueillies dans le but d'assurer, par leurs recommandations et décisions, le maintien de la qualité des services. Plusieurs membres de l'organisation sont impliqués à la fois comme gestionnaires et utilisateurs du système. Il est également proposé de créer un **Comité-qualité** qui jouerait le rôle de charnière entre les gestionnaires et utilisateurs.

5.1 Le Comité-qualité

Pour assurer la coordination du système dans son ensemble, en lien avec les intérêts des utilisateurs, le Regroupement suggère la création d'un comité consultatif, le **Comité-qualité**.

Son rôle consistera à donner son avis sur les orientations et le déroulement des opérations d'évaluation. Plus précisément, le comité sera appelé à :

- revoir périodiquement les orientations en matière d'amélioration de la qualité, incluant les dimensions de la qualité;
- proposer une priorisation des questions d'évaluation de la qualité des services de réadaptation;
- surveiller le suivi des projets en cours;
- analyser les données portées à son attention;
- recueillir les recommandations des divers utilisateurs;
- s'assurer qu'un suivi soit apporté aux recommandations et suggestions des divers utilisateurs du système;

- évaluer l'impact des modifications apportées sur la qualité des services;
- faire des recommandations sur l'ensemble du processus au Comité de direction.

Le Comité-qualité sera composé des responsables de la gestion du système et de représentants des principaux utilisateurs, soit :

- le président du comité (le directeur des services professionnels);
- le conseiller-cadre chargé du fonctionnement du système;
- deux cadres cliniques;
- deux représentants des intervenants;
- deux représentants des usagers.

5.2 Le rôle et les responsabilités des gestionnaires du système

Le **Conseil d'administration du Regroupement** approuve les grandes orientations du système et l'attribution des ressources nécessaire à son fonctionnement.

Le **Comité de direction** a la responsabilité d'approuver les plans annuels et triennaux d'amélioration de la qualité des services. De lui relève également la responsabilité d'adopter les politiques relatives à la qualité des dimensions prioritaires.

La **Direction des services professionnels** élabore et propose au Comité de direction les politiques relatives à la qualité des services en fonction des dimensions prioritaires. Le directeur des services professionnels aura la responsabilité de gérer le système dans son ensemble. À ce titre, c'est à lui que reviendra la présidence du Comité qualité.

Le **Conseiller-cadre à l'amélioration de la qualité** a pour mandat de voir à la bonne marche de l'ensemble des opérations liées au fonctionnement du système. Son rôle englobe la gestion des outils de collecte de données, la cueillette et l'analyse de certaines données produites par le système, ainsi que la rédaction et la diffusion des rapports. Il est également appelé à animer le cycle d'évaluation du système et à assurer le respect de la politique du Regroupement en matière d'amélioration de la qualité, des procédures et des échéances.

Les **Chefs de programmes ou services** animent et gèrent les opérations d'amélioration de la qualité des services de leurs programmes respectifs ou services. Ils voient à ce que les résultats des évaluations confidentielles concernant un programme en particulier soient analysés et discutés en équipe. Ils voient également à ce que des cibles d'amélioration soient identifiées et que des voies d'action soient tracées.

5.3 Les utilisateurs du système et leur rôle

En tant qu'utilisateur des données provenant du système, le **Conseil d'administration** surveille les grands indicateurs de la qualité des services. Garant des grandes orientations du Regroupement quant aux dimensions prioritaires, il lui appartient en dernière instance de maintenir, modifier ou redéfinir, les priorités organisationnelles sur la qualité des services. Il soumet à l'attention du directeur des services professionnels ses préoccupations et les questions à approfondir.

Le **Comité de direction** reçoit et approuve la planification annuelle et triennale de l'amélioration de la qualité en ce qui concerne les contenus. Il approuve les plans d'action des directions issus des évaluations en vue du maintien et de l'amélioration des services. Les données concernant l'efficacité et l'efficacités de la structure des services (l'encadrement et la supervision clinique, l'embauche, la formation et le perfectionnement) et les résultats lui sont particulièrement destinés.

Les **Conseils professionnels** (le Conseil multidisciplinaire et le Conseil des infirmières et infirmiers) sont

impliqués dans la surveillance des grands indicateurs de la qualité des services. Ils conseillent la Direction générale et le Conseil d'administration sur les stratégies à adopter pour assurer le maintien et l'amélioration des services. Ils jouent un rôle de premier plan dans le domaine du maintien des compétences de même que dans celui de la formation et du perfectionnement des intervenants.

Les équipes des **Services et Programmes** de réadaptation du Regroupement reçoivent et analysent les données les concernant directement et élaborent un plan d'action sur les points à améliorer (organisation des services, activités de formation et de perfectionnement). Elles sont consultées relativement aux questions d'évaluation auxquelles le système doit répondre dans sa planification annuelle et triennale, de même que pour des projets de recherche évaluative. Elles participent également à l'évaluation triennale de leur programme.

Le **Comité des usagers** reçoit les résultats des évaluations concernant les grands indicateurs de la qualité. Il conseille la Direction générale concernant les améliorations à apporter aux services de réadaptation.

Les **Tables de coordination des programmes et des services** sont impliquées dans l'analyse des données de même que dans les décisions à prendre pour le maintien de la qualité des services au niveau de leur direction et dans les recommandations à soumettre au niveau de l'ensemble du Regroupement.

5.4 Le cycle d'opération du système

Le cycle d'opération du système comporte un cycle annuel et un cycle triennal d'amélioration. Le monitoring et l'évaluation formative récurrente se dérouleront selon une périodicité annuelle, alors que l'évaluation formative approfondie des programmes cliniques se fera aux trois ans sur quelques programmes.

Les opérations du cycle sont échelonnées tout au long de l'année de façon à faciliter le fonctionnement continu du système et à répartir de façon équilibrée la charge de travail qui y est associée. Le calendrier proposé doit être conciliable avec le cycle budgétaire de façon à permettre, le cas échéant, l'attribution des crédits nécessaires à la mise en oeuvre de certaines actions (v.g. utilisation des budgets de formation, budget de développement pour de nouvelles activités, etc.).

Le calendrier proposé a été établi de façon à ce que le déroulement des activités permette de prendre des décisions qui pourront être appliquées en tenant compte du calendrier budgétaire du MSSS (1er avril - 31 mars). Dans cette perspective, le cycle annuel d'opération du système pourrait se présenter de la façon suivante :

1. Élaboration du plan annuel (janvier)
 - Choix des questions et instruments pour l'année en cours;
 - Gestion du cycle triennal (évaluations formatives approfondies des programmes et services);
 - Suivi du plan pluriannuel des recherches évaluatives;
 - Évaluation des coûts et planification des opérations.

2. Mise en oeuvre des opérations de cueillette des données (février - septembre)
 - Conformément au plan convenu;
 - Conformément au calendrier prévu en fonction des divers outils.

3. Traitement et diffusion des données d'évaluation (avril - octobre)
 - Saisie et analyse des données recueillies par l'équipe de gestion du système;
 - Rédaction des rapports;
 - Diffusion sélective aux utilisateurs du système, au fur et à mesure de leur disponibilité.

4. Décisions et plan d'action (novembre - décembre)

- Analyse des données par les utilisateurs;
- Recommandations et décisions;
- Plan d'action pour l'année suivante (organisation des services, formation et encadrement professionnel, politiques organisationnelles et organisation matérielle);
- Identification des questions d'évaluation à intégrer ou à privilégier dans le système pour l'année suivante.

SECTION 6. RESSOURCES NÉCESSAIRES À L'OPÉRATIONNALISATION DU SYSTÈME ET PROCESSUS D'IMPLANTATION.

6.1 L'évaluation des ressources nécessaires à l'opérationnalisation du système et l'estimation des coûts qui y sont rattachés.

Le nombre et la diversité des outils à mettre en oeuvre pour que fonctionne l'ensemble du système d'amélioration continue de la qualité vont générer des coûts directs et des coûts indirects en ressources humaines pour le Regroupement. Ces coûts varient selon que les outils et les processus de cueillette et d'analyse existant ou non actuellement dans l'organisation, de même qu'en fonction du niveau d'évaluation à atteindre. Le Regroupement aura à faire des choix quant à la configuration définitive du système qu'il voudra implanter, compte tenu de l'effort à consentir. Heureusement, il ne part pas de zéro. Dans plusieurs cas, les outils et l'expertise nécessaires existent déjà. Seuls des ajustements mineurs sont requis de manière à recueillir l'information pertinente à l'évaluation de la qualité. Bien entendu, de nouveaux outils et de nouvelles manières de faire seront à élaborer. Dans l'état actuel du projet, une première estimation des coûts a été tentée. Elle reste approximative, mais donne un premier aperçu de l'effort qu'aura à consentir l'organisation pour le fonctionnement du système.

6.1.1 Les ressources humaines

Le plan d'organisation du Regroupement prévoit déjà l'affectation d'un cadre de la Direction des services professionnels à la gestion du système d'amélioration de la qualité des services dans son ensemble et d'une secrétaire à temps partiel. Ces deux ressources constituent l'investissement consacré directement par l'organisation à ce projet tout en définissant sa limite à cet égard : les coûts directs de fonctionnement du système devront être contenus à l'intérieur de cette enveloppe. On peut déjà faire une énumération (non exhaustive ni définitive) des tâches confiées à l'encadrement permanent du système (cadre et secrétaire) :

- gestion et animation du processus avec les utilisateurs et gestionnaires du système;
- contrôle de la qualité des données de suivi opérationnel (monitoring);
- administration des questionnaires et saisie des données;
- traitement des données d'évaluation (analyses statistiques, interprétation);
- rédaction et diffusion de rapports;
- élaboration des instruments sur mesure, en collaboration avec les équipes;
- suivi du plan pluriannuel de recherche évaluative, avec intervenants et équipes de recherche.

À ces ressources s'ajoute la participation du conseiller-cadre à la protection des droits et à l'animation du Comité des usagers. Celui-ci contribuera en effet à certaines activités de monitoring et de cueillette de données concernant plus particulièrement les usagers.

Par ailleurs, il faut prévoir le temps qui sera consacré à tous les échelons de l'organisation aux diverses activités nécessaires au fonctionnement du système. Pour évaluer ces coûts, qualifiés d'indirects, nous avons adopté comme unité de mesure les heures travaillées. Cette estimation ne tient pas compte des ressources que le Regroupement devra consacrer au développement ou à la mise à niveau des outils ou des processus. Elle ne considère que le temps qui sera nécessaire aux activités reliées au fonctionnement courant du système : participation à la collecte et au traitement des données, temps de réunions pour analyser les données, gérer le système, planifier les actions à entreprendre.

Les Tableaux 5.1 à 5.4 présentent les différentes activités reliées au fonctionnement du système d'amélioration de la qualité avec une estimation de leur coût en heures travaillées. L'estimé des heures du conseiller-cadre de la Direction des services professionnels à la qualité et celui de sa secrétaire ne représente qu'une partie de l'ensemble des activités qu'ils consacrent à la gestion du système.

Au niveau du **monitoring**, les principaux outils destinés à recueillir l'information pour le système

d'amélioration de la qualité existent déjà dans le Regroupement. Il s'agira surtout de les adapter en fonction des données exigées par le système. Ainsi en est-il du registre du clinicien, dans lequel sont consignés, entre autres renseignements, le nombre d'entrevues individuelles et de groupes qui sont faites par programme et qui permettra de calculer des données d'efficacité et d'efficience pour l'ensemble du Regroupement et pour chaque programme³². Il faudra prévoir cependant le développement d'une banque de données, ainsi qu'un processus de saisie avant d'avoir une meilleure idée des ressources nécessaires à la production de l'information. Les rapports AS 471 et AS 481 sont des outils de gestion des finances de l'organisation à partir desquels le système d'amélioration de la qualité tirera des données sur l'efficience des services. Les tâches à accomplir et les ressources nécessaires pour traiter l'information restent encore à déterminer, en collaboration avec la Direction des services administratifs. Nous estimons que l'expertise qui existe déjà au Regroupement fait en sorte qu'il sera possible d'extraire les données désirées en ajoutant un minimum de tâches supplémentaires. Le contrôle des dossiers par le personnel des archives requerra peu de nouvelles ressources. En effet, un processus de vérification existe déjà. Il s'agira de s'entendre à l'interne sur les points de contrôle et sur le type de rapport annuel à produire. Finalement, la procédure de traitement des plaintes adoptée dans le Regroupement prévoit déjà la production d'un rapport qui pourra être utilisé dans le cadre du système d'amélioration.

L'évaluation formative récurrente va s'appuyer, contrairement au monitoring, sur des outils qui ne sont pas utilisés actuellement dans le Regroupement. Les études qualitatives de dossiers par des comités de pairs vont demander de la part de 30 intervenants provenant des 6 programmes une contribution totale de 240 heures. Ils auront à porter un jugement sur des dossiers dénominalisés à partir de critères explicites. Chaque groupe aura cinq dossiers à analyser. Les conclusions et les recommandations d'amélioration seront acheminées au conseiller-cadre sur la qualité qui veillera à la rédaction d'un rapport synthèse. Les questionnaires omnibus aux usagers et aux intervenants demanderont surtout du temps de la part du conseiller-cadre et du personnel affecté à la saisie des questionnaires reçus. On estime que le conseiller-cadre devra consacrer 105 heures en tout pour le questionnaire omnibus aux usagers, et probablement le même nombre d'heures pour le questionnaire omnibus aux intervenants. Un nombre équivalent d'heures sera nécessaire à la secrétaire pour préparer les envois, saisir les données sur informatique et éditer les rapports.

Pour ce qui est de **l'évaluation formative approfondie**, les techniques d'entrevues approfondies et de focus groups sont des instruments qualitatifs légers et flexibles qui vont surtout exiger un travail d'organisation et d'analyse de la part du conseiller-cadre au système d'amélioration de la qualité. Dans le cas des entrevues approfondies ou des focus groups, on estime à 140 heures le temps nécessaire au conseiller-cadre pour mener à bien toute l'opération. Par ailleurs, une somme de temps considérable (240 heures) sera nécessaire aux analyses de contenus et à la rédaction des rapports. Le temps de secrétariat requis est estimé à 70 heures. L'utilisation d'un questionnaire sur mesure ou d'un questionnaire validé à des fins spécifiques comporte quelques impondérables. En effet, le temps à consacrer à l'analyse dépendra de l'outil utilisé. Dans le cas du questionnaire sur mesure, l'estimation du temps ne tient pas compte de la conception du questionnaire. Par contre, on a voulu limiter la durée totale à consacrer à ce type de cueillette de données en limitant le nombre de questions à 40, ainsi que l'échantillon à 150.

Le devis expérimental à sujet unique sera l'outil privilégié dans la stratégie d'**évaluation de programme**. Sa mise en oeuvre implique la passation d'un IGT par mois à deux usagers par programme. En tout, les intervenants choisis pour cette opération devront consacrer 216 heures à la cueillette et à l'analyse des données. La rôle du conseiller-cadre sera de faire la synthèse des données des différents programmes pour l'inclure dans un rapport, soit environ 35 heures.

³² Notons cependant que le registre du clinicien sera utilisé tant et aussi longtemps que le Sicat ne sera pas implanté.

Au moment d'écrire ces lignes, les responsables du projet n'ont pas fini de compléter le développement de tous les outils qui seront nécessaires pour le fonctionnement du système d'amélioration de la qualité. Si l'on ne considère que la somme des heures présentée aux Tableaux 5.1 à 5.4, le temps consacré aux opérations qui y sont décrites, se répartit de la façon suivante :

- Intervenants = 2 144 heures;
- Conseiller-cadre à la qualité = 765 heures;
- Secrétaire à la Direction des services professionnels = 385 heures;
- Secrétaires des services et programmes = 572 heures;
- Cadres des services et programmes = 202 heures;
- Comité de direction et Conseil d'administration = 46 heures;
- Service des archives = 132 heures;
- Service de la comptabilité = 67 heures;
- Conseiller-cadre aux usagers = 174 heures;
- Comité des usagers = 40 heures.

Le temps requis pour la gestion de l'ensemble du système, assumé principalement par le conseiller cadre à la qualité, mais incluant les rencontres du Comité qualité, n'est pas compris dans cet estimé.

TABLEAU 5

**SYSTÈME D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES:
ÉVALUATION DES COÛTS EN HEURES TRAVAILLÉES**

5.1 MONITORING

ACTIVITÉS	OPÉRATIONS	EMPLOYÉS CONCERNÉS	HEURES
Registre du clinicien	<ul style="list-style-type: none"> - saisie des données sur informatique - rapport 	<ul style="list-style-type: none"> - secrétaire - coordonnateur 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 h/sem - 7 h/an
AS 471 et AS 481	<ul style="list-style-type: none"> - surveillance des indicateurs efficience - rapport 	<ul style="list-style-type: none"> - comptabilité - chef services comptables 	<ul style="list-style-type: none"> - à déterminer - 15 h/an
Dossiers archives	<ul style="list-style-type: none"> - surveillance des indicateurs - rapport(s) 	<ul style="list-style-type: none"> - personnel archives - responsable des archives 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 h/sem - 28 h/an
Boîte vocale	<ul style="list-style-type: none"> - dépouillement - rapport - transmission des résultats aux services concernés 	<ul style="list-style-type: none"> - conseiller-cadre aux usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 h/sem (dépouillement) - 35 h (rapport)

5.2 ÉVALUATION FORMATIVE RÉCURRENTÉ

ACTIVITÉS	OPÉRATIONS	EMPLOYÉS CONCERNÉS	HEURES
Questionnaire omnibus usagers	<ul style="list-style-type: none"> - administration du questionnaire aux usagers - analyse des résultats - rédaction d'un rapport 	<ul style="list-style-type: none"> - intervenants - conseiller-cadre aux usagers - conseiller-cadre - secrétariat 	<ul style="list-style-type: none"> - 28 h - 35 h - 105 h - 105 h
Étude dossiers cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - préparation de dossier dénominalisés - étude en comités - compte-rendu et rapports 	<ul style="list-style-type: none"> - secrétariat - intervenants - cadres - réadaptation - conseiller-cadre 	<ul style="list-style-type: none"> - 105 h - 240 h - 60 h - 140 h
Questionnaire omnibus intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - administration des questionnaires - saisie et analyse - rapport 	<ul style="list-style-type: none"> - conseiller-cadre - secrétariat 	<ul style="list-style-type: none"> - 105 h - 105 h
Analyse des données par les utilisateurs + recommandations /décisions + planification	<ul style="list-style-type: none"> - rencontres par groupe d'utilisateurs 	<ul style="list-style-type: none"> - C. A. - Comité de direction - Tables services et programmes - Équipes services et programmes - CM-CII - Comité usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 h/an/pers - 4 h/an/pers

5.3 ÉVALUATION FORMATIVE APPROFONDIE

ACTIVITÉS	OPÉRATIONS	EMPLOYÉS CONCERNÉS	HEURES
Préparation des questions d'évaluation	- rencontres d'équipe - rédaction	- équipe - membres de l'équipe	- 2 h/3ans/pers - 10 h/3ans
Entrevues approfondies ou Groupes thématiques	- rencontres (individuelles ou groupes) - analyse de contenu - rédaction d'un rapport	- conseiller-cadre - conseiller-cadre - secrétariat	- 140 h - 240 h - 70 h
Questionnaire sur mesure			- à déterminer
Analyse des données + recommandations/ décisions + planification	- rencontre discussion/ décision	- équipe	- 14 h/15 pers. /3ans/équipe

5.4 RECHERCHE ÉVALUATIVE

ACTIVITÉS	OPÉRATIONS	EMPLOYÉS CONCERNÉS	HEURES
Devis à cas unique	- passation IGT - analyses - rapport-synthèse	- intervenants - conseiller- cadre	- 216 h - 35 h

6.2 Le processus de déploiement du système

Le déploiement du système d'amélioration continue proposé repose sur la mise en place et la coordination d'un **réseau de cueillette et d'analyse de données**, de **rétroaction** aux utilisateurs du système et de **mécanismes d'ajustements des services** conséquents aux jugements de qualité portés. Il importe de procéder à une mise en oeuvre progressive du système qui permettra à tous les acteurs de se familiariser avec son fonctionnement en maîtrisant graduellement ses opérations. Cette mise en oeuvre progressive permettra également de **compléter le développement des outils d'évaluation** et de les ajuster en fonction de l'expérience qui en sera faite sur le terrain.

Plusieurs phases pour en arriver au déploiement de l'ensemble du système sont donc proposées. Le calendrier proposé s'étend sur trois ans et comprend **trois phases** :

- Phase I (avril 1997 - mars 1998)
- Phase II (avril 1998 - mars 1999)
- Phase III (avril 1999 - mars 2000)

Pour chacune de ces phases, sont présentés les **éléments de structure** et les **outils d'évaluation** qui seront implantés au cours de la période. Il faut ici rappeler l'effet cumulatif de cette opération. Une fois mis en place, chacun de ces éléments de structure et outils sont réputés demeurer dans le système. Les **outils** qui seront **développés** au cours de la période, en vue de leur utilisation au cours des phases suivantes, sont également identifiés.

Ces trois phases sont précédées d'une **phase de pré-déploiement** (janvier 1997 - septembre 1997) consacrée principalement à l'agrément du système par le Regroupement, à l'information et à la sensibilisation des utilisateurs au système et à une première expérimentation du questionnaire «omnibus» auprès des usagers des trois centres du Regroupement.

Note : La phase I correspond à l'implantation de la programmation clinique du Regroupement. Il faut donc prévoir une période de rodage de plusieurs mois avant que les programmes et services ne se soient stabilisés et qu'une évaluation fiable de leur qualité puisse en être faite. La cueillette de données d'évaluation au cours de cette période sera certainement incomplète, mais elle sera utile pour éclairer les décisions à prendre pour ajuster les programmes et services. Le chevauchement de cette phase avec la phase de pré-déploiement est attribuable à l'importance que nous accordons à

ajuster dès le départ le fonctionnement du système sur le cycle des années financières du MSSS.

Le respect du calendrier proposé reposera, notamment, sur la présence à la Direction des services professionnels des ressources prévues dans le plan d'organisation pour la mise en place du système.

6.2.1 La phase de pré-déploiement (jusqu'au 1er septembre 1997)

Livraison du système et agrément par le Regroupement

- Dépôt du rapport final décrivant le système dans son ensemble, ses outils et son fonctionnement;
- Présentation du système au Comité de régie interne du Regroupement et obtention de son accord sur le plan de déploiement proposé et l'allocation des ressources nécessaires.

Information et sensibilisation des utilisateurs du système

- Présentation du système à l'ensemble des cadres, au personnel et au Comité des usagers du Regroupement.

Implantation du système

En ce qui concerne la **structure** :

- Élaboration et approbation d'une politique d'amélioration de la qualité.

En ce qui concerne les **outils d'évaluation** :

- Sondage auprès d'un groupe d'usagers représentatifs des trois centres du Regroupement et portant sur l'ensemble des dimensions de la qualité (questionnaire omnibus).

Développement des outils d'évaluation

- Développement d'indicateurs d'efficience à partir des AS 471 et 481.

6.2.2 La phase I (1er avril 1997 - 31 mars 1998)

Implantation du système

En ce qui concerne la **structure** :

- Mise en place du Comité-qualité;
- Premier exercice de revue annuelle des services et programmes dans l'ensemble du Regroupement;
- Approbation d'une politique de formation et de perfectionnement.

En ce qui concerne les **outils d'évaluation** :

- Utilisation d'indicateurs d'efficience pour l'examen des AS 471 et 481;
- Surveillance des dossiers par le personnel des archives;
- Mise en place et suivi d'une boîte vocale à l'intention des usagers.

Développement d'outils

- Développement d'une procédure d'étude de dossiers par les cliniciens;
- Informatisation SICAT ou registre du clinicien;
- Pré-test concernant le devis expérimental à cas unique à l'aide de l'IGT.

6.2.3 La phase II (avril 1998 - mars 1999)

Implantation du système

En ce qui concerne la **structure** :

- Mise en place d'une politique sur le plan d'intervention.

En ce qui concerne les **outils d'évaluation** :

- Implantation d'un registre du clinicien informatisé;
- Étude de dossiers par des cliniciens;
- Devis expérimental à cas unique.

Développement d'outils

- Questionnaire omnibus aux intervenants;
- Expérimentation de la procédure d'évaluation formative approfondie avec une équipe.

6.2.4 La phase III (avril 1999 - mars 2000)

Implantation des fonctions du système

En ce qui concerne la **structure** :

- Politique sur l'encadrement et la supervision du personnel clinique.

En ce qui concerne les **outils d'évaluation** :

- Questionnaire omnibus aux intervenants;
- Mise en place de l'évaluation formative approfondie avec un tiers des services et programmes.

Développement d'outils

- Stratégie d'évaluation approfondie : entrevues ou «focus groups», questionnaires sur mesure ou validés.

Le Tableau 6 présente l'ensemble des opérations associées à l'implantation du système.

TABLEAU 6

PROCESSUS DE DÉPLOIEMENT DU SYSTÈME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

	Phase I 1997-1998	Phase II 1998-1999	Phase III 1999-2000
IMPLANTATION DU SYSTÈME			
Structure	<ul style="list-style-type: none"> ° Mise en place du comité qualité ° Premier exercice de revue annuelle des services et programmes dans l'ensemble du Regroupement ° Approbation d'une politique de formation et de perfectionnement 	<ul style="list-style-type: none"> ° Mise en place d'une politique sur le plan d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> ° Politique sur l'encadrement et la supervision du personnel clinique
Outils d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ° Utilisation d'indicateurs d'efficience pour l'examen des As 471 et 481 ° Surveillance des dossiers par le personnel des archives ° Mise en place et suivi d'une boîte vocale à l'intention des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> ° Implantation d'un registre du clinicien informatisé ° Étude de dossiers par clinicien ° Devis expérimental à cas unique 	<ul style="list-style-type: none"> ° Questionnaire omnibus intervenants ° Mise en place de l'évaluation formative approfondie avec 1/3 des services et programmes
DÉVELOPPEMENT D'OUTILS	<ul style="list-style-type: none"> ° Développement d'une procédure d'étude de dossiers par les cliniciens ° Informatisation SIC ou registre du clinicien ° Pré-test concernant le devis expérimental à cas unique à l'aide de l'IGT 	<ul style="list-style-type: none"> ° Questionnaire omnibus intervenants ° Expérimentation de la procédure d'évaluation formative approfondie avec une équipe 	<ul style="list-style-type: none"> ° Stratégie d'évaluation approfondie : entrevues ou «focus group», questionnaires sur mesure ou validés

SECTION 7. CONTRÔLE DU SYSTÈME

Les responsables du projet de la qualité ont tenu à intégrer dans le système d'amélioration de la qualité des mécanismes de contrôle et d'évaluation de sa propre activité. Un des objectifs visés par le système étant d'être utile à ses utilisateurs, il apparaît opportun qu'il fasse lui-même l'objet d'une revue périodique de sa pertinence, de son fonctionnement et de son efficacité. La réflexion sur le contrôle du système d'amélioration reste à développer. Même si les modalités et les outils de révision ne sont pas encore identifiés, il semble acquis que le questionnement du système par ses utilisateurs tournera autour de trois thèmes, soit la pertinence des dimensions évaluées par le système, le suivi de ses grandes fonctions et l'évaluation de sa performance d'ensemble.

Ainsi, les responsables du système (Comité-qualité) devront voir à évaluer, à une périodicité adéquate :

- 1) la pertinence des dimensions de la qualité;
- 2) le monitoring des fonctions du système;
- 3) l'évaluation de la performance du système dans son ensemble.

7.1 La pertinence des dimensions de la qualité

7.1.1 Les dimensions identifiées pour évaluer la qualité des services sont-elles toujours pertinentes?

7.1.2 Les questions d'évaluation ont-elles été formulées explicitement?

7.2 Le monitoring des fonctions du système

7.2.1 La planification

7.2.1.1 La planification du cycle d'amélioration des services et programmes a-t-elle été faite? A-t-elle été approuvée par le comité qualité?

7.2.1.2 Les ressources nécessaires à la mise en oeuvre du cycle d'amélioration ont-elles été prévues? Sont-elles suffisantes?

7.2.2 La cueillette et l'analyse des données

7.2.2.1 La stratégie de cueillette de données est-elle valide par rapport aux règles de l'art dans le domaine et compte tenu des objectifs visés?

7.2.2.2 Les outils de cueillette de données sont-ils fiables et valides?

7.2.2.3 La stratégie d'analyse de données est-elle valide? Est-elle faisable?

7.2.3 Le rapport

7.2.3.1 Les rapports d'évaluation sont-ils produits?

7.2.3.2 Ont-ils été communiqués à tous les acteurs impliqués dans la démarche d'amélioration de la qualité?

7.2.4 L'examen des données et décisions

7.2.4.1 Les recommandations formulées par le comité qualité sont-elles acheminées au comité de direction?

7.2.4.2 Y a-t-il un suivi et des décisions prises concernant un plan d'action visant à améliorer les services?

7.2.5 Les actions

7.2.5.1 Les actions en vue d'améliorer la qualité des services et des programmes ont-elles été menées?

7.2.5.2 Ces actions ont-elles été menées en respectant l'échéancier prévu?

7.3 L'évaluation du système

7.3.1 L'utilité et la pertinence du système

7.3.1.1 Le système produit-il des données utiles à la gestion de l'organisation dans son ensemble?

7.3.1.2 Le système permet-il de répondre aux besoins des utilisateurs?

7.3.1.3 La planification et l'organisation du système permettent-elles de suivre de près l'évolution des besoins des utilisateurs?

7.3.1.4 Le système évalue-t-il ce qui contribue le plus significativement à la qualité des services compte tenu des ressources limitées du Regroupement?

7.3.2 La performance des fonctions du système

7.3.2.1 Les mécanismes d'analyse des données d'évaluation sont-ils pertinents? Sont-ils efficaces?

7.3.2.2 Les mécanismes de planification des actions mis en place sont-ils adéquats? La planification des actions est-elle réaliste?

7.3.2.3 Le système peut-il fournir les informations qu'il détient facilement et rapidement à tout utilisateur qui en fait la demande?

7.3.2.4 Les ressources affectées aux actions d'amélioration sont-elles suffisantes? Utilisées efficacement? Le budget a-t-il été respecté?

7.3.3 Les résultats

7.3.3.1 L'ensemble du système permet-il d'améliorer la prestation de services dans le Regroupement?

7.3.3.2 Dans quelle mesure le système permet-il d'améliorer les services au moindre coût?

7.3.4 Les coûts

7.3.4.1 Le système permet-il une utilisation efficiente des ressources?

7.3.4.2 Le système respecte-t-il son budget d'opération?

CONCLUSION

Le système d'évaluation de la qualité des services proposé par le Regroupement ouvre une perspective intéressante sur la production de données récurrentes sur les services offerts aux usagers dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. Il apparaît possible d'effectuer et de coordonner un ensemble de mesures plus ou moins approfondies sur des aspects cruciaux de la prestation de services et dont les résultats sont faciles d'accès, utilisables par les différents acteurs concernés, le tout à un coût raisonnable.

Le modèle proposé pour le Regroupement est cependant loin d'être complet. Des outils d'évaluation sont encore à développer, notamment au niveau du monitoring et de l'évaluation formative récurrente. Le système dans son ensemble n'a pas encore passé le test de l'application concrète. Bien des ajustements sont à prévoir. Ces ajustements pourront être apportés au cours du processus de déploiement du système dans le Regroupement au cours des trois prochaines années. Plusieurs autres CRPAT se sont montrés intéressés à adopter l'approche globale proposée pour évaluer et améliorer la qualité et à utiliser l'instrumentation qui a été développée dans le cadre du projet. On peut donc considérer que le dépôt de ce rapport ne constitue qu'une première phase d'une démarche à plus long terme qui devrait contribuer à la mise en place de mesures opérationnelles d'évaluation et d'amélioration de la qualité dans le réseau des CRPAT. Nous croyons que la mise en place de telles mesures serait grandement facilitée par deux facteurs : la création d'un réseau provincial de soutien au développement de systèmes d'amélioration de la qualité, dans les centres publics offrant des services de réadaptation en toxicomanie, et la mise à profit des concepts et outils présentés dans le présent rapport par l'instrumentation pédagogique qui en faciliterait l'accès, la compréhension et l'utilisation.

ANNEXE 1

**QUESTIONNAIRE SUR LES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ
DES SERVICES EN TOXICOMANIE**

SYSTÈME D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES CLINIQUES

QUESTIONNAIRE SUR LES DIMENSIONS

DEVANT FAIRE PARTIE DU SYSTÈME

CONSIGNES POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire comporte 3 sections :

- la section 1 porte sur la façon de rendre les services (processus);
- la section 2 porte sur les effets des services (résultats);
- la section 3 porte sur l'organisation des services (structure).

Chaque section du questionnaire comporte un certain nombre d'énoncés qui décrivent des dimensions **permettant d'évaluer la qualité des services cliniques** du Regroupement.

1. **Nous vous demandons d'abord d'évaluer le degré d'importance que vous accordez à chacune de ces dimensions en encerclant le chiffre correspondant à votre opinion:**

4. Extrêmement important
3. Très important
2. Important
1. Peu important

2. **À la fin de chaque section, nous vous demandons de retenir prioritairement un nombre donné de dimensions parmi toutes celles qui ont été mentionnées.**

Attention :

Cette évaluation ne porte pas sur la qualité des services rendus actuellement dans le Regroupement mais sur **l'importance de retenir les dimensions énoncées pour juger si la qualité des services cliniques du Regroupement est bonne ou mauvaise.**

Par exemple : **Si vous accordez la cote 3** à la question 1.3 «la diversité des options offertes dans les programmes cliniques», vous évaluez qu'il est **très important** de se donner les moyens d'évaluer cette dimension pour pouvoir porter un jugement sur la qualité des services du Regroupement.

LES DIMENSIONS DEVANT FAIRE PARTIE DU SYSTÈME

1.Processus : «la qualité dans la façon de rendre les services»

Évaluez le degré d'importance que vous accordez à chacune de ces dimensions pour l'évaluation de la qualité des services	Extrêmement important	Très important	Important	Peu important
1.1 Le degré de sensibilité manifesté par l'intervenant envers l'utilisateur	4	3	2	1
1.2 La capacité de l'intervenant d'accepter l'utilisateur tel qu'il est	4	3	2	1
1.3 La capacité de l'intervenant de sécuriser l'utilisateur	4	3	2	1
1.4 L'alliance établie entre l'intervenant et l'utilisateur	4	3	2	1
1.5 La capacité de l'intervenant de susciter un engagement de l'utilisateur dans une démarche de réadaptation	4	3	2	1
1.6 Le respect de l'utilisateur comme personne responsable	4	3	2	1
1.7 Le respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur	4	3	2	1
1.8 La transparence de la communication entre l'utilisateur et l'intervenant	4	3	2	1
1.9 Le lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur	4	3	2	1
1.10 Le degré de participation de l'utilisateur à l'élaboration du plan d'intervention	4	3	2	1
1.11 Le degré de souplesse du plan d'intervention	4	3	2	1
1.12 L'attitude d'ouverture dont fait preuve le personnel à l'accueil	4	3	2	1
1.13 La qualité de l'information transmise à				

LES DIMENSIONS DEVANT FAIRE PARTIE DU SYSTÈME

Évaluez le degré d'importance que vous accordez à chacune de ces dimensions pour l'évaluation de la qualité des services	Extrêmement important	Très important	Important	Peu important
l'entrée dans les services	4	3	2	1
1.14 Le temps d'attente pour obtenir des services	4	3	2	1
1.15 La qualité de l'orientation dans les services à l'intérieur du Regroupement	4	3	2	1
1.16 Le niveau de collaboration entre les intervenants et les services dans le Regroupement	4	3	2	1
1.17 La qualité de la référence vers les ressources de la communauté et du réseau	4	3	2	1
1.18 Le degré de cohérence entre les intervenants dans l'intervention	4	3	2	1
1.19 Le degré de continuité dans la relation entre l'utilisateur et l'intervenant	4	3	2	1
1.20 Le degré de continuité dans la relation entre l'utilisateur et l'équipe d'intervenants	4	3	2	1
1.21 Le niveau de collaboration avec les autres ressources de la communauté	4	3	2	1
1.22 La qualité dans l'application des approches et des techniques cliniques utilisées	4	3	2	1

PRIORISATION POUR LA SECTION 1

Parmi les dimensions précédentes, choisissez les 5 qui vous semblent les plus importantes à évaluer et indiquez le numéro de la question correspondante dans l'espace ci-dessous :

Question no _____ Question no _____ Question no _____ Question no _____ Question no _____

2. Les résultats : «la qualité des effets produits par les services»

LES DIMENSIONS DEVANT FAIRE PARTIE DU SYSTÈME

Évaluez le degré d'importance que vous accordez à chacune de ces dimensions pour l'évaluation de la qualité des services	Extrêmement important	Très important	Important	Peu important
2.1 Le niveau d'atteinte des objectifs du plan d'intervention pour un usager donné	4	3	2	1
2.2 Le niveau d'atteinte des objectifs de chacun des programmes d'intervention	4	3	2	1
2.3 Le niveau de réduction des méfaits dûs à la consommation chez l'usager	4	3	2	1
2.4 Le niveau de réduction des méfaits dûs à la consommation pour l'ensemble de la clientèle	4	3	2	1
2.5 Le niveau de réduction des méfaits sur l'environnement social	4	3	2	1
2.6 Le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers	4	3	2	1
2.7 Le coût des services produits	4	3	2	1
2.8 L'ensemble des effets prévus et non prévus sur la personne et son entourage	4	3	2	1
2.9 L'impact sur le nombre de personnes toxicomanes dans la région de Montréal	4	3	2	1

PRIORISATION POUR LA SECTION 2

Parmi les dimensions précédentes, choisissez les 3 qui vous semblent les plus importantes à évaluer et indiquez le numéro de la question correspondante dans l'espace ci-dessous :

Question no _____ Question no _____ Question no _____

3. La structure des services cliniques : «la qualité dans l'organisation des services»

LES DIMENSIONS DEVANT FAIRE PARTIE DU SYSTÈME

Évaluez le degré d'importance que vous accordez à chacune de ces dimensions pour l'évaluation de la qualité des services	Extrêmement important	Très important	Important	Peu important
3.1 L'accessibilité physique des centres (localisation)	4	3	2	1
3.2 L'ambiance des locaux en fonction des besoins de la clientèle	4	3	2	1
3.3 L'aménagement des locaux en fonction des besoins de l'intervention	4	3	2	1
3.4 La disponibilité des services aux moments qui conviennent à l'utilisateur	4	3	2	1
3.5 La compétence des intervenants à l'embauche et en cours d'emploi	4	3	2	1
3.6 Les programmes de formation et de perfectionnement du personnel	4	3	2	1
3.7 L'encadrement et la supervision cliniques	4	3	2	1
3.8 Les communications internes entre le Conseil d'administration, les gestionnaires et les employés	4	3	2	1
3.9 La répartition des effectifs en fonction des besoins de la programmation	4	3	2	1
3.10 La diversité des options offertes dans les programmes cliniques	4	3	2	1
3.11 Le degré d'adaptation de la programmation clinique par rapport à des clientèles présentant des caractéristiques plus spécifiques	4	3	2	1
3.12 La pertinence des programmes d'intervention par rapport aux besoins de la clientèle du Regroupement	4	3	2	1

LES DIMENSIONS DEVANT FAIRE PARTIE DU SYSTÈME

Évaluez le degré d'importance que vous accordez à chacune de ces dimensions pour l'évaluation de la qualité des services	Extrêmement important	Très important	Important	Peu important
3.13 La pertinence des services du Regroupement par rapport aux besoins de la population alcoolique et toxicomane de la région de Montréal	4	3	2	1

PRIORISATION POUR LA SECTION 3

Parmi les dimensions précédentes, choisissez les 3 qui vous semblent les plus importantes à évaluer et indiquez le numéro de la question correspondante dans l'espace ci-dessous :

Question no _____ Question no _____ Question no _____

LES DIMENSIONS DEVANT FAIRE PARTIE DU SYSTÈME

IDENTIFICATION DES RÉPONDANTS

1₁ Usager

2₂ Intervenant du Regroupement
Alternatives, Domrémy-Mtl et Préfontaine

3₃ Personnel de soutien et administratif
du Regroupement Alternatives, Domrémy-Montréal
et Préfontaine

4₄ Cadre et Conseil d'administration
du Regroupement Alternatives, Domrémy-Montréal
et Préfontaine

5₅ Collaborateur/partenaire du Regroupement
Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine

6₆ Centre de réadaptation et centre hospitalier en toxicomanie

7₇ MSSS et Régie régionale Montréal-Centre

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

ANNEXE 2

**RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE SUR LES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ
DES SERVICES EN TOXICOMANIE**

TABLEAU 7

**RANG DES QUESTIONS PRIORISÉES SELON LA FRÉQUENCE
POUR L'ENSEMBLE DU QUESTIONNAIRE**

RANG	DIMENSIONS
1	Le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers. (Q.2.06)
2	La compétence des intervenants à l'embauche et en cours d'emploi. (Q. 3.05)
3	Le lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur. (Q. 1.09)
4	Le niveau d'atteinte des objectifs du plan d'intervention pour un usager donné. (Q. 2.01)
5	Le degré d'adaptation de la programmation clinique par rapport à des clientèles présentant des caractéristiques plus spécifiques. (Q. 3.11)
6	La capacité de l'intervenant de susciter un engagement de l'utilisateur dans une démarche de réadaptation. (Q. 1.05)
7	Le respect de l'utilisateur comme personne responsable. (Q. 1.06)
8	L'alliance établie entre l'intervenant et l'utilisateur. (Q. 1.04)
8	La capacité de l'intervenant d'accepter l'utilisateur tel qu'il est. (Q. 1.02)
10	L'encadrement et la supervision cliniques du personnel. (Q. 3.07)
10	La pertinence des services du Regroupement par rapport aux besoins de la population alcoolique et toxicomane de la région de Montréal. (Q. 3.13)
10	Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation chez l'utilisateur (Q. 2.03)
13	Le degré de cohérence entre les intervenants dans l'intervention. (Q. 1.19)
14	Les programmes de formation et de perfectionnement du personnel. (Q. 3.06)
15	La qualité dans l'application des approches et des techniques cliniques utilisées. (Q. 1.23)
16	La pertinence des programmes d'intervention par rapport aux besoins de la clientèle du Regroupement. (Q. 3.12)
16	Le degré d'empathie manifesté par l'intervenant envers l'utilisateur. (Q. 1.01)
18	Le degré de participation de l'utilisateur à l'élaboration du plan d'intervention. (Q. 1.10)
19	Le respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur. (Q. 1.07)
19	La disponibilité des services aux moments qui conviennent à l'utilisateur. (Q. 3.04)
21	Le temps d'attente pour obtenir des services. (Q. 1.14)
21	Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation pour l'ensemble de la clientèle. (Q. 2.04)
23	Le coût des services produits. (Q. 2.07)

RANG	DIMENSIONS
24	Le degré de continuité dans la relation entre l'utilisateur et l'intervenant. (Q. 1.20)
25	La diversité des options offertes dans les programmes cliniques. (Q. 3.10)
26	Le niveau de collaboration avec les autres ressources de la communauté (Q. 1.22)
26	La transparence de la communication entre l'utilisateur et l'intervenant. (Q. 1.08)
28	Les communications internes entre le Conseil d'administration, les gestionnaires et les employés. (Q. 3.08)
28	Le niveau d'atteinte des objectifs de chacun des programmes d'intervention. (Q. 2.02)
30	Le niveau de réduction des méfaits sur l'environnement social. (Q. 2.05)
30	L'accessibilité physique des centres (localisation). (Q. 3.01)
30	La répartition des effectifs en fonction des besoins de la programmation. (Q. 3.09)
33	La capacité de l'intervenant de sécuriser l'utilisateur. (Q. 1.03)
33	Le degré de souplesse du plan d'intervention. (Q. 1.11)
33	La qualité de l'orientation dans les services à l'intérieur du Regroupement (Q. 1.15)
36	L'ensemble des effets prévus et non prévus sur la personne et son entourage.(Q. 2.08)
36	L'ambiance des locaux en fonction des besoins de la clientèle. (Q. 3.02)
36	L'attitude d'ouverture dont fait preuve le personnel à l'accueil. (Q. 1.12)
39	Le niveau de collaboration entre les intervenants et les services dans le Regroupement. (Q. 1.17)
40	Le sentiment d'appartenance de l'utilisateur aux établissements du Regroupement. (Q. 1.16)
41	La qualité de la référence vers les ressources de la communauté et du réseau.(Q. 1.18)
41	L'impact sur le nombre de personnes toxicomanes dans la région de Montréal. (Q. 2.09)
41	L'aménagement des locaux en fonction des besoins de l'intervention. (Q. 3.03)
44	La qualité de l'information transmise à l'entrée dans les services. (Q. 1.13)
44	Le degré de continuité dans la relation entre l'utilisateur et l'équipe d'intervenants. (Q. 1.21)

TABLEAU 8

**FRÉQUENCE DES QUESTIONS PRIORISÉES POUR L'ENSEMBLE DU QUESTIONNAIRE
SELON LES DIVERS GROUPES CONSULTÉS**

DIMENSIONS	USAGERS (N=33)	INTERVENANTS (N=74)	PERSONNEL NON CLINIQUE (N=12)	CADRES (N=21)	COLLABORATEURS (N=32)	C.R. ET C.H. (N=23)	M.S.S.S. ET R.R. (N=12)	TOTAL (N=207)	RANG
Le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers. (Q. 2.06)	8	36	1	7	11	7	2	72	1
La compétence des intervenants à l'embauche et en cours d'emploi. (Q. 3.05)	13	14	5	9	11	9	6	67	2
Le lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur. (Q. 1.09)	4	15	3	6	10	5	3	46	3
Le niveau d'atteinte des objectifs du plan d'intervention pour un usager donné. (Q. 2.01)	5	7	5	4	7	5	7	40	4
Le degré d'adaptation de la programmation clinique par rapport à des clientèles présentant des caractéristiques plus spécifiques. (Q. 3.11)	1	14	2	5	9	5	2	38	5
La capacité de l'intervenant de susciter un engagement de	5	11	2	6	3	4	3	34	6

DIMENSIONS	USAGERS (N=33)	INTERVENANTS (N=74)	PERSONNEL NON CLINIQUE (N=12)	CADRES (N=21)	COLLABORATEURS (N=32)	C.R. ET C.H. (N=23)	M.S.S.S. ET R.R. (N=12)	TOTAL (N=207)	RANG
l'usager dans une démarche de réadaptation. (Q. 1.05)									
Le respect de l'usager comme personne responsable. (Q. 1.06)	4	11	1	1	7	8	1	33	7
L'alliance établie entre l'intervenant et l'usager. (Q. 1.04)	2	16	1	6	5	1	1	32	8
La capacité de l'intervenant d'accepter l'usager tel qu'il est. (Q. 1.02)	6	17	1	1	6	1	0	32	8
L'encadrement et la supervision cliniques du personnel. (Q. 3.07)	2	9	2	2	10	2	2	29	10
La pertinence des services du Regroupement par rapport aux besoins de la population alcoolique et toxicomane de la région de Montréal. (Q. 3.13)	6	11	1	1	3	6	1	29	10
Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation chez l'usager.(Q. 2.03)	6	10	2	3	4	2	2	29	10
Le degré de cohérence entre les intervenants dans l'intervention. (Q. 1.19)	3	12	3	2	3	2	1	26	13

DIMENSIONS	USAGERS (N=33)	INTERVENANTS (N=74)	PERSONNEL NON CLINIQUE (N=12)	CADRES (N=21)	COLLABORATEURS (N=32)	C.R. ET C.H. (N=23)	M.S.S.S. ET R.R. (N=12)	TOTAL (N=207)	RANG
Les programmes de formation et de perfectionnement du personnel.(Q. 3.06)	4	11	0	0	2	6	2	25	14
La qualité dans l'application des approches et des techniques cliniques utilisées. (Q. 1.23)	2	6	1	0	7	6	2	24	15
La pertinence des programmes d'intervention par rapport aux besoins de la clientèle du Regroupement. (Q. 3.12)	4	6	2	3	4	3	1	23	16
Le degré d'empathie manifesté par l'intervenant envers l'utilisateur. (Q.1.01)	6	10	0	4	1	2	0	23	16
Le degré de participation de l'utilisateur à l'élaboration du plan d'intervention. (Q. 1.10)	1	9	2	1	1	7	1	22	18
Le respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur. (Q. 1.07)	7	6	1	1	3	1	1	20	19
La disponibilité des services aux moments qui conviennent à l'utilisateur. (Q. 3.04)	6	4	0	0	8	2	0	20	19

DIMENSIONS	USAGERS (N=33)	INTERVENANTS (N=74)	PERSONNEL NON CLINIQUE (N=12)	CADRES (N=21)	COLLABORATEURS (N=32)	C.R. ET C.H. (N=23)	M.S.S.S. ET R.R. (N=12)	TOTAL (N=207)	RANG
Le temps d'attente pour obtenir des services. (Q. 1.14)	5	5	1	2	2	0	3	18	21
Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation pour l'ensemble de la clientèle. (Q. 2.04)	2	10	1	2	1	2	0	18	21
Le coût des services produits. (Q. 2.07)	2	3	1	4	4	2	1	17	23
Le degré de continuité dans la relation entre l'utilisateur et l'intervenant. (Q. 1.20)	3	5	0	2	2	0	3	15	24
La diversité des options offertes dans les programmes cliniques. (Q. 3.10)	3	6	0	1	2	1	0	13	25
Le niveau de collaboration avec les autres ressources de la communauté. (Q. 1.22)	1	5	0	1	2	2	1	12	26
La transparence de la communication entre l'utilisateur et l'intervenant. (Q. 1.08)	0	5	2	3	1	0	1	12	26
Les communications internes entre le Conseil d'administration, les gestionnaires et les	3	7	1	0	0	0	0	11	28

DIMENSIONS	USAGER S (N=33)	INTERVE -NANTS (N=74)	PERSONNEL NON CLINIQUE (N=12)	CADRES (N=21)	COLLAB O RATEUR S (N=32)	C.R. ET C.H. (N=23)	M.S.S.S. ET R.R. (N=12)	TOTAL (N=207)	RANG
employés. (Q. 3.08)									
Le niveau d'atteinte des objectifs de chacun des programmes d'intervention. (Q. 2.02)	1	4	0	2	3	0	1	11	28
Le niveau de réduction des méfaits sur l'environnement social. (Q. 2.05)	2	4	0	2	2	0	0	10	30
L'accessibilité physique des centres (localisation). (Q. 3.01)	3	5	0	1	0	1	0	10	30
La répartition des effectifs en fonction des besoins de la programmation. (Q. 3.09)	2	4	1	0	1	2	0	10	30
La capacité de l'intervenant de sécuriser l'usager. (Q. 1.03)	3	3	0	1	1	0	0	8	33
Le degré de souplesse du plan d'intervention. (Q. 1.11)	2	4	0	0	2	0	0	8	33
La qualité de l'orientation dans les services à l'intérieur du Regroupement. (Q. 1.15)	1	4	0	1	2	0	0	8	33
L'ensemble des effets prévus et non prévus sur la personne et son	2	0	0	1	2	1	1	7	36

DIMENSIONS	USAGERS (N=33)	INTERVENANTS (N=74)	PERSONNEL NON CLINIQUE (N=12)	CADRES (N=21)	COLLABORATEURS (N=32)	C.R. ET C.H. (N=23)	M.S.S.S. ET R.R. (N=12)	TOTAL (N=207)	RANG
entourage. (Q. 2.08)									
L'ambiance des locaux en fonction des besoins de la clientèle. (Q. 3.02)	3	2	0	0	1	1	0	7	36
L'attitude d'ouverture dont fait preuve le personnel à l'accueil. (Q. 1.12)	2	1	1	0	0	3	0	7	36
Le niveau de collaboration entre les intervenants et les services dans le Regroupement. (Q. 1.17)	0	4	0	1	1	0	0	6	39
Le sentiment d'appartenance de l'utilisateur aux établissements du Regroupement. (Q. 1.16)	2	0	1	1	1	0	0	5	40
La qualité de la référence vers les ressources de la communauté et du réseau. (Q. 1.18)	0	1	0	2	0	0	1	4	41
L'impact sur le nombre de personnes toxicomanes dans la région de Montréal. (Q. 2.09)	1	2	0	0	0	1	0	4	41
L'aménagement des locaux en fonction des besoins de l'intervention. (Q. 3.03)	1	2	1	0	0	0	0	4	41
La qualité de l'information transmise à l'entrée dans	0	1	0	0	2	0	0	3	44

DIMENSIONS	USAGERS (N=33)	INTERVENANTS (N=74)	PERSONNEL NON CLINIQUE (N=12)	CADRES (N=21)	COLLABORATEURS (N=32)	C.R. ET C.H. (N=23)	M.S.S.S. ET R.R. (N=12)	TOTAL (N=207)	RANG
les services. (Q. 1.13)									
Le degré de continuité dans la relation entre l'utilisateur et l'équipe d'intervenants. (Q. 1.21)	1	2	0	0	0	0	0	3	44

TABLEAU 9

**RANG DES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SERVICES
SELON LA FRÉQUENCE DE PRIORISATION POUR CHAQUE GROUPE DE RÉPONDANTS**

DIMENSIONS	USAGERS	INTERVE- NANTS	PERSONNEL NON CLINIQUE	CADRE ET C.A. REGROUPE- MENT	COLLABO- RATEURS	C.R. ET C.H.	M.S.S.S. ET R.R.	RANG TOTAL
Le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers (Q. 2.06)	2	1		2	1	3		1
La compétence du personnel (Q. 3.05)	1	5	1	1	1	1	2	2
Le lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur (Q. 1.09)		4	3	3	3		3	3
Le niveau d'atteinte des objectifs du plan d'intervention pour un usager donné (Q. 2.01)			1				1	4
Le degré d'adaptation de la programmation clinique par rapport à des clientèles présentant des caractéristiques plus spécifiques (Q. 3.11)		5	5		5			5
La capacité de l'intervenant de susciter un engagement de l'utilisateur dans une démarche de			5	3			3	6

DIMENSIONS	USAGERS	INTERVENANTS	PERSONNEL NON CLINIQUE	CADRE ET C.A. REGROUPEMENT	COLLABORATEURS	C.R. ET C.H.	M.S.S.S. ET R.R.	RANG TOTAL
réadaptation (Q. 1.05)								
Le respect de l'utilisateur comme personne responsable (Q. 1.06)						2		7
L'alliance établie entre l'utilisateur et l'intervenant (Q. 1.04)		3		3				8
La capacité de l'intervenant d'accepter l'utilisateur tel qu'il est (Q. 1.02)	4	2						8
L'encadrement et la supervision clinique du personnel (Q. 3.07)			5		3			10
La pertinence des services du Regroupement par rapport aux besoins de la population alcoolique et toxicomane de la région de Montréal (Q. 3.13)	4					5		10
Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation chez l'utilisateur (Q. 2.03)	4		5					10
Le degré de cohérence entre les intervenants dans l'intervention (Q. 1.19)			3					13

DIMENSIONS	USAGERS	INTERVE- NANTS	PERSONNEL NON CLINIQUE	CADRE ET C.A. REGROUPE- MENT	COLLABO- RATEURS	C.R. ET C.H.	M.S.S.S. ET R.R.	RANG TOTAL
Les programmes de formation et de perfectionnement du personnel (Q. 3.06)						5		14
La qualité dans l'application des approches et des techniques cliniques utilisées (Q. 1.23)						5		15
Le degré d'empathie manifesté par l'intervenant envers l'utilisateur (Q.1.01)	4							16
La pertinence des programmes d'intervention par rapport aux besoins de la clientèle du Regroupement (Q. 3.12)			5					16
Le degré de participation de l'utilisateur à l'élaboration du plan d'intervention (Q. 1.10)			5			3		18
Le respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur (Q. 1.07)	3							19
La disponibilité des services aux moments qui conviennent à l'utilisateur. (Q. 3.04)	4							19

DIMENSIONS	USAGERS	INTERVE- NANTS	PERSONNEL NON CLINIQUE	CADRE ET C.A. REGROUPE- MENT	COLLABO- RATEURS	C.R. ET C.H.	M.S.S.S. ET R.R.	RANG TOTAL
Le temps d'attente pour obtenir des services (Q. 1.14)							3	21
Le degré de continuité dans la relation entre l'utilisateur et l'intervenant (Q. 1.20)							3	24
La transparence de la communication entre l'utilisateur et l'intervenant (Q. 1.08)			5					26

TABLEAU 10

**RANG DES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SERVICES
SELON LA MOYENNE D'IMPORTANCE ACCORDÉE PAR L'ENSEMBLE DES RÉPONDANTS**

DIMENSIONS	MOYENNE D'IMPORTANCE	RANG
La compétence des intervenants à l'embauche et en cours d'emploi (Q. 3.05)	3.6683	1
Le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers (Q. 2.06)	3.5266	2
Le respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur (Q. 1.07)	3.4828	3
Le lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur (Q. 1.09)	3.4703	4
La capacité de l'intervenant d'accepter l'utilisateur tel qu'il est (Q. 1.02)	3.4631	5
Le respect de l'utilisateur comme personne responsable (Q. 1.06)	3.4532	6
Le degré de cohérence entre les intervenants dans l'intervention (Q. 1.19)	3.4118	7
Les programmes de formation et de perfectionnement du personnel (Q. 3.06)	3.3738	8
La transparence de la communication entre l'utilisateur et l'intervenant (Q. 1.08)	3.3234	9
Le degré d'empathie manifesté par l'intervenant envers l'utilisateur (Q. 1.01)	3.3119	10
L'encadrement et la supervision cliniques du personnel (Q. 3.07)	3.2864	11
La pertinence des services du Regroupement par rapport aux besoins de la population alcoolique et toxicomane de la région de Montréal (Q. 3.13)	3.2786	12
L'alliance établie entre l'intervenant et l'utilisateur (Q. 1.04)	3.2463	13
Le degré d'adaptation de la programmation clinique par rapport à des clientèles présentant des caractéristiques plus spécifiques (Q. 3.11)	3.2266	14

DIMENSIONS	MOYENNE D'IMPORTANCE	RANG
La capacité de l'intervenant de susciter un engagement de l'utilisateur dans une démarche de réadaptation (Q. 1.05)	3.2206	15
La pertinence des programmes d'intervention par rapport aux besoins de la clientèle du Regroupement (Q. 3.12)	3.2139	16
Le degré de participation de l'utilisateur à l'élaboration du plan d'intervention (Q. 1.10)	3.1787	17
Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation chez l'utilisateur (Q. 2.03)	3.1765	18
La qualité dans l'application des approches et des techniques cliniques utilisées (Q. 1.23)	3.1576	19
Le degré de continuité dans la relation entre l'utilisateur et l'intervenant (Q. 1.20)	3.1415	20
L'attitude d'ouverture dont fait preuve le personnel à l'accueil (Q. 1.12)	3.1256	21
La disponibilité des services aux moments qui conviennent à l'utilisateur (Q. 3.04)	3.0976	22
La répartition des effectifs en fonction des besoins de la programmation (Q. 3.09)	3.0746	23
La capacité de l'intervenant de sécuriser l'utilisateur (Q. 1.03)	3.0690	24
La qualité de la référence vers les ressources de la communauté et du réseau (Q. 1.18)	3.0435	25
Le niveau d'atteinte des objectifs du plan d'intervention pour un utilisateur donné (Q. 2.01)	3.0198	26
Le niveau de collaboration entre les intervenants et les services dans le Regroupement (Q. 1.17)	3.0195	27
Le temps d'attente pour obtenir des services (Q. 1.14)	2.9952	28
La qualité de l'information transmise à l'entrée dans les services (Q. 1.13)	2.9903	29
La qualité de l'orientation dans les services à l'intérieur du Regroupement (Q. 1.15)	2.9800	30
Le degré de continuité dans la relation entre l'utilisateur et l'équipe d'intervenants	2.9512	31

DIMENSIONS	MOYENNE D'IMPORTANCE	RANG
(Q. 1.21)		
Le degré de souplesse du plan d'intervention (Q. 1.11)	2.9029	32
La diversité des options offertes dans les programmes cliniques (Q. 3.10)	2.8867	33
Le niveau de collaboration avec les autres ressources de la communauté (Q. 1.22)	2.8725	34
Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation pour l'ensemble de la clientèle (Q. 2.04)	2.8725	34
L'aménagement des locaux en fonction des besoins de l'intervention (Q. 3.03)	2.8522	36
Le niveau de réduction des méfaits sur l'environnement social (Q. 2.05)	2.8480	37
L'accessibilité physique des centres (localisation) (Q. 3.01)	2.7970	38
Les communications internes entre le Conseil d'administration, les gestionnaires et les employés (Q. 3.08)	2.7970	38
L'ensemble des effets prévus et non prévus sur la personne et son entourage (Q. 2.08)	2.7783	40
L'ambiance des locaux en fonction des besoins de la clientèle (Q. 3.02)	2.7340	41
Le niveau d'atteinte des objectifs de chacun des programmes d'intervention (Q. 2.02)	2.7304	42
Le coût des services produits (Q. 2.07)	2.6912	43
L'impact sur le nombre de personnes toxicomanes dans la région de Montréal (Q. 2.09)	2.4673	44
Le sentiment d'appartenance de l'utilisateur aux établissements du Regroupement (Q. 1.16)	2.2195	45

TABLEAU 11

**CINQ PREMIERS RANGS DES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SERVICES
SELON LA MOYENNE D'IMPORTANCE ACCORDÉE PAR CHAQUE GROUPE DE RÉPONDANTS**

DIMENSIONS	USAGERS	INTERVE- NANTS	PERSONNEL NON CLINIQUE	CADRES ET C.A. REGROU- PEMENT	COLLABORA- TEURS	C.R. ET C.H.	M.S.S.S. ET R.R.	RANG TOTAL
La compétence des intervenants à l'embauche et en cours d'emploi (Q. 3.05)	4	2	1	1	1	3	1	1
Le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers (Q. 2.06)	2	1		2			4	2
Le respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur (Q. 1.07)			2			4	4	3
Le lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur (Q. 1.09)			3	2	2	4	4	4
La capacité de l'intervenant d'accepter l'utilisateur tel qu'il est (Q. 1.02)	4	3		5	5			5
Le respect de l'utilisateur comme personne responsable (Q. 1.06)		5				2	3	6
Le degré de cohérence entre les intervenants dans l'intervention (Q. 1.19)		4			5			7

DIMENSIONS	USAGERS	INTERVENANTS	PERSONNEL NON CLINIQUE	CADRES ET C.A. REGROUPEMENT	COLLABORATEURS	C.R. ET C.H.	M.S.S.S. ET R.R.	RANG TOTAL
Les programmes de formation et de perfectionnement du personnel (Q. 3.06)	3							8
La transparence de la communication entre l'utilisateur et l'intervenant (Q. 1.08)					4			9
L'encadrement et la supervision cliniques du personnel (Q. 3.07)				4	3			11
La pertinence des services du Regroupement par rapport aux besoins de la population alcoolique et toxicomane de la région de Montréal (Q. 3.13)						1		12
La capacité de l'intervenant de susciter un engagement de l'utilisateur dans une démarche de réadaptation (Q. 1.05)			4			4		15
Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation chez l'utilisateur (Q. 2.03)			4					18
La disponibilité des services aux moments qui conviennent à l'utilisateur (Q. 3.04)							4	22

DIMENSIONS	USAGERS	INTERVE- NANTS	PERSONNEL NON CLINIQUE	CADRES ET C.A. REGROU- PEMENT	COLLABORA- TEURS	C.R. ET C.H.	M.S.S.S. ET R.R.	RANG TOTAL
La qualité de la référence vers les ressources de la communauté et du réseau (Q. 1.18)							4	25

TABLEAU 12

**SCORE DE RANG MOYEN DES 10 QUESTIONS LES PLUS FRÉQUEMMENT PRIORISÉES
PAR L'ENSEMBLE DES RÉPONDANTS**

RANG	SCORE DE RANG MOYEN	DIMENSIONS
1	9.29	La compétence des intervenants à l'embauche et en cours d'emploi (Q. 3.05)
2	7.14	Le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers (Q. 2.06)
3	6.00	Le lien entre les objectifs du plan d'intervention et les besoins de l'utilisateur (Q. 1.09)
4	4.71	Le niveau d'atteinte des objectifs du plan d'intervention pour un usager donné (Q. 2.01)
5	4.29	Le degré d'adaptation de la programmation clinique par rapport à des clientèles présentant des caractéristiques plus spécifiques (Q. 3.11)
6	3.86	La capacité de l'intervenant de susciter un engagement de l'utilisateur dans une démarche de réadaptation (Q.1.05)
7	2.57	Le niveau de réduction des méfaits dus à la consommation chez l'utilisateur (Q. 2.03)
7	2.57	L'encadrement et la supervision cliniques du personnel (Q. 3.07)
9	2.43	La capacité de l'intervenant d'accepter l'utilisateur tel qu'il est (Q. 1.02)
9	2.43	Les programmes de formation et de perfectionnement du personnel (Q. 3.06)
11	2.29	La pertinence des services du Regroupement par rapport aux besoins de la population alcoolique et toxicomane de la région de Montréal (Q. 3.13)
11	2.29	L'alliance établie entre l'intervenant et l'utilisateur (Q. 1.04)
11	2.29	Le respect de l'utilisateur comme personne responsable (Q. 1.06)
14	2.00	La qualité dans l'application des approches et des techniques cliniques utilisées (Q. 1.23)
14	2.00	Le degré de participation de l'utilisateur à l'élaboration du plan d'intervention (Q. 1.10)
16	1.71	Le degré de cohérence entre les intervenants dans l'intervention (Q. 1.19)
16	1.71	La disponibilité des services aux moments qui conviennent à l'utilisateur (Q. 3.04)
18	1.57	Le degré d'empathie manifesté par l'intervenant envers l'utilisateur (Q. 1.01)
19	1.43	Le temps d'attente pour obtenir des services (Q. 1.14)
20	1.14	Le respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur (Q. 1.07)
20	1.14	Le degré de continuité dans la relation entre l'utilisateur et l'intervenant (Q. 1.20)
22	1.00	La transparence de la communication entre l'utilisateur et l'intervenant (Q. 1.08)
23	1.00	La pertinence des programmes d'intervention par rapport aux besoins de la clientèle du Regroupement. (Q. 3.12)
24	0.57	Le coût des services produits (Q. 2.07)

ANNEXE 3

CARTOGRAPHIE DE CONCEPT SUR LA COMPÉTENCE DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE

LA COMPÉTENCE DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE

Comme nous l'avons vu dans la section 3, certains aspects de la compétence du personnel ont été pris en compte (du moins, c'est l'hypothèse que les responsables de la recherche faisaient) dans les dimensions de la qualité des services priorisées, sans toutefois que l'on parle explicitement de compétence. Pour avancer sur l'évaluation de cette dimension, il fallait mettre au clair tous les éléments que recouvrait la notion. Ce travail de mise à jour ne pouvait se réaliser sans la participation active des intervenants du Regroupement. En effet, qui d'autre que les intervenants eux-mêmes, engagés dans la pratique quotidienne de l'intervention, pouvaient le mieux relever les ingrédients d'une intervention de qualité? La mise à profit de leur expérience s'est donc imposée aux chercheurs comme la meilleure manière d'arriver à une définition correspondant étroitement au vécu des intervenants. De plus, cette mise à profit allait permettre de vérifier si l'on avait vu juste en associant les dimensions de la qualité de la relation entre l'utilisateur et l'intervenant d'une part, et la qualité du lien entre les besoins des usagers et les objectifs du plan d'intervention d'autre part à la compétence du personnel. Enfin, la participation des acteurs touchés dans la démarche d'élaboration des critères d'évaluation découle de la philosophie d'évaluation de quatrième génération.

Le choix d'une technique permettant de recueillir facilement et rapidement l'information nécessaire à l'élaboration de la notion s'est arrêté sur la **cartographie de concept** (concept mapping). La cartographie de concept est une technique de cueillette et d'analyse de données qualitatives. Elle consiste en un processus structuré, centré sur un thème de discussion donné, au cours duquel plusieurs personnes apportent leur contribution à la production d'une représentation graphique (la carte conceptuelle) de leurs idées à propos de ce thème et des relations entre ces idées. Cette technique présente plusieurs avantages. Elle tient compte de la position de tous les participants et de la manière dont chacun d'eux organise ses idées. Elle permet ensuite de décrire l'ensemble des idées reliées à un sujet et d'exposer les relations existant entre elles. Elle rassemble enfin l'information en un seul tableau (la carte conceptuelle) et aide les participants à l'interpréter et à l'utiliser.³³

L'élaboration de la carte conceptuelle se fait en cinq étapes.

- 1. La préparation.** C'est l'étape où l'on détermine le thème exact du processus et la liste des participants. Le thème choisi ici fut libellé de la façon suivante : «dans le Regroupement, qu'est-ce qu'un intervenant compétent?» Les personnes qui ont participé l'ont fait sur une base volontaire. Pour obtenir l'échantillonnage le plus représentatif possible, la participation de trois intervenants et d'un cadre par centre a été sollicitée.
- 2. La production des énoncés.** Lors d'une première rencontre, les participants ont été invités à exprimer sous forme de courts énoncés toutes leurs idées sur le thème choisi. Le nombre d'énoncés à produire était limité à 98, le logiciel servant à l'analyse ne pouvant en supporter plus. Chaque énoncé était entré dans l'ordinateur en vue du traitement. Une fois le maximum atteint, on a procédé à une révision en groupe des questions pour en fusionner certaines et en rajouter d'autres.
- 3. La structuration des données selon leur importance et leur rapprochement.** Au cours de cette étape, on a demandé à tous les participants, individuellement, de coter l'importance relative qu'ils accordaient à chaque énoncé sur une échelle de 1 à 5, puis de les regrouper de manière à constituer un ensemble de catégories. Ces données ont été ensuite traitées statistiquement (par la méthode du *Hierarchical cluster analysis* et par le *Multidimensional scaling*) pour produire la carte

³³ Céline Mercier, Normand Péladeau, *Le centre jeunesse du YMCA du parc et la prévention. Rapport d'évaluation* (Montréal, Unité de Recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, 1994), p. 16.

conceptuelle.

4. **L'organisation des énoncés dans une représentation graphique (la carte conceptuelle).** Le résultat de l'analyse permet de tracer les différentes «régions» du concept de compétence des intervenants, régions qui regroupent les énoncés selon leur degré de proximité.
5. **L'interprétation de la carte.** Deux rencontres ont été nécessaires pour parvenir à un consensus sur l'aspect définitif de la carte. Plusieurs modifications ont été suggérées quant à la classification des énoncés, au nom à donner aux catégories, ainsi que dans la constitution de nouvelles catégories. Quelques énoncés supplémentaires ont également été ajoutés.

La liste définitive des énoncés décrivant la compétence d'un intervenant du Regroupement se trouve au tableau suivant. Le nom de chaque catégorie est en caractère gras. Le chiffre apparaissant avant chaque énoncé renvoie à l'ordre de formulation de celui-ci. Le chiffre à droite représente la cote d'importance accordée à l'énoncé par les intervenants. La cote moyenne pour la catégorie apparaît au bas de chaque série d'énoncés. Les catégories ont été classées selon leur cote moyenne d'importance.

TABLEAU 13

LA COMPÉTENCE DES INTERVENANTS

1° ATTITUDE D'OUVERTURE AU BESOIN DU CLIENT

5.	Respecte l'utilisateur	4.71
6.	Respecte les besoins de l'utilisateur	4.57
25.	Tient compte des attentes du client dans la planification de son intervention	4.50
70.	Adopte une approche centrée sur le client	4.43
23.	Est à l'écoute des attentes du client	4.36
61.	Respecte les objectifs de changement ou de non changement du client	3.93
92.	Évite de vouloir plus que le client lui-même (acharnement thérapeutique)	3.86
38.	Est disponible au client mentalement et psychologiquement	3.86
52.	Prend le temps	3.69
58.	Sait être permissif	3.14

COTE MOYENNE : 4.11

2° ALLIANCE

1.	Manifeste les aptitudes nécessaires à l'établissement d'une relation thérapeutique	4.86
20.	A la capacité de garder une distance thérapeutique tout en créant une relation	4.14
81.	Est à l'écoute du rythme de l'individu (capable de distinguer volonté ou capacité)	4.07
73.	Applique les principes de base d'une relation d'aide	3.86
41.	Sait négocier un espace thérapeutique dans des contextes variés	3.36

COTE MOYENNE : 4.06

3° EMPOWERMENT

18.	Aide le client à reconnaître ses forces et à les actualiser	4.57
94.	Stimule la motivation au changement du client	4.50
91.	Responsabilise le client face à sa propre démarche	4.36
43.	A la capacité d'amener un client à élaborer son propre plan de développement	4.07
45.	A la capacité d'offrir au client des outils d'auto-développement	3.64
44.	A la capacité de montrer au client à s'auto-développer	3.57
69.	Développe chez le client la capacité d'observer, de discriminer et d'avoir un regard critique sur lui-même et son environnement	3.50
101.	Informe et promeut la défense des droits des usagers	

COTE MOYENNE : 4.03

4° GÉNÉRALISATION DES CAPACITÉS PROFESSIONNELLES

21.	Est capable d'adapter son intervention en fonction des besoins de chaque client, quelle que soit sa formation ou son adhésion à un modèle théorique	4.50
76.	Ajuste ses interventions aux différents types de clientèle	4.21
24.	Possède les habiletés pour faire préciser les attentes par le client	4.00

92.

22.	A la capacité d'élaborer un plan d'intervention	3.86
74.	Applique les principes de l'intervention en situation de crise	3.79
4.	Possède bien les techniques pour réaliser une alliance thérapeutique	3.57
72.	Applique les principes et les techniques de l'entrevue	3.14

COTE MOYENNE : 3.87

5° ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

82.	Est honnête et intègre vis-à-vis son client	4.50
31.	Respecte la confidentialité	4.50
2.	Possède une perception positive de la clientèle	4.07
17.	A la capacité d'être présent tout en sachant définir ses propres limites	4.07
71.	Vérifie l'utilité et l'efficacité de son intervention	4.07
60.	Cherche à garder une cohérence dans son approche tout en étant capable de se réajuster	4.00
90.	A le souci de faire un suivi auprès de la clientèle	4.00
53.	Est chaleureux	3.64
93.	S'auto-évalue quant à sa compétence	3.64
36.	Est cohérent dans sa façon d'intervenir à travers le temps	3.57
79.	Est ponctuel	3.36
89.	Accepte de faire figure d'autorité au besoin et/ou d'assumer un "mauvais" rôle si nécessaire	3.29
29.	Est disponible dans le temps lors de situations de crise	3.21
37.	Est cohérent dans sa façon d'intervenir avec l'ensemble des clients	3.00

COTE MOYENNE : 3.78

6° ÉQUILIBRE PERSONNEL

88.	Maintient un usage non problématique de psychotropes	4.21
16.	A la capacité de gérer sa propre anxiété	4.14
15.	A la capacité de tolérer un certain niveau d'anxiété du client	4.07
54.	A une conscience de soi	3.79
55.	Est présent à ses émotions	3.79
3.	A la capacité de se remettre en question	3.71
39.	Est sensible à la souffrance	3.57
62.	A le sens de l'humour	3.07
84.	Sait cultiver hors du travail une joie de vivre qu'il se permet de partager dans son milieu	3.07

COTE MOYENNE : 3.71

7° PERSPECTIVE ÉCOLOGIQUE

68.	Cherche à se faire une vision d'ensemble du client qui fait ressortir les forces et les faiblesses de son environnement personnel, social et familial et en tient compte dans son intervention	4.21
50.	Adopte une perspective écologique dans l'évaluation de la situation problématique du client	3.79
51.	Adopte une perspective écologique dans son intervention auprès du client,	

	de son entourage et des autres sphères impliqués dans le problème	3.79
47.	A la capacité d'élaborer des plans de services individualités	3.57
28.	A la capacité d'établir des liens de partenariat avec d'autres institutions en vue du mieux-être du client	3.21
99.	Applique les principes de prévention et de promotion à l'égard de la santé	
100.	Suscite le maintien et le développement de réseaux de soutien et de ressources d'entraide	

COTE MOYENNE : 3.71

8° MATURITÉ PROFESSIONNELLE

59.	Est capable d'investir dans son travail dans le sens de croire que ce qu'il fait a un sens et vaut la peine d'être actualisé par des efforts	4.50
64.	Fait preuve d'autonomie professionnelle	4.21
9.	Sait subordonner ses intérêts personnels au profit des intérêts des usagers	4.14
83.	Reconnaît ses limites, ce qui amène la capacité de se remettre en question, de se positionner et se respecter	3.93
56.	A le sens du détachement (ne s'embarque pas trop dans le problème du client)	3.79
96.	A la capacité de s'adapter au changement dans son milieu de travail	3.64
30.	Reconnaît et respecte ses limites dans le choix des clients avec lesquels il peut travailler	3.57
80.	Dans certaines circonstances, est capable d'afficher ses valeurs sans toutefois les imposer	3.46
19.	Est ouvert à une créativité et à une expérimentation	3.31
63.	Est capable de transcender ses limites personnelles et professionnelles	2.36

COTE MOYENNE : 3.69

9° POLYVALENCE

42.	Est capable d'évaluer les résultats de son intervention et modifier ses stratégies pour atteindre les buts visés	4.57
87.	Est capable de travailler avec une multiplicité de personnalité et de problématiques différentes	3.64
85.	Est capable de travailler avec une variété de personnalités et de problématiques	3.57
57.	Peut exercer un leadership tantôt direct tantôt indirect dans son milieu et dans sa relation	2.93

COTE MOYENNE : 3.68

10° GESTION DES NORMES INSTITUTIONNELLES

8.	Respecte les codes d'éthique établis	4.29
86.	Est capable de produire la quantité d'activité clinique requise par son travail	3.93
14.	Adhère à la philosophie d'intervention de l'établissement	3.43
95.	A la capacité de prendre position par rapport aux orientations idéologiques de l'organisation en regard de l'intervention auprès des clients et de leur intérêt	3.36
67.	Concilie ses devoirs envers l'utilisateur avec ceux à l'égard de la société	3.21

94.

COTE MOYENNE : 3.64

11° TRAVAIL D'ÉQUIPE

35.	Harmonise son intervention avec celle des autres	4.00
65.	Est certainement capable de travailler en collégialité	3.79
97.	A la capacité de s'impliquer dans le soutien clinique de ses collègues	3.64
32.	Est ouvert au feed-back des collègues	3.44
33.	Est ouvert à consulter les collègues régulièrement	3.36
46.	Travaille en équipe multidisciplinaire	3.36
34.	Sait faire confiance aux autres intervenants dans leurs choix d'intervention	3.07

COTE MOYENNE : 3.52

12° CONNAISSANCE ET ACTUALISATION

66.	Maîtrise les habiletés techniques liées à son titre d'emploi	3.93
7.	Est formé adéquatement	3.92
10.	Possède des connaissances pertinentes en matière de toxicomanie	3.71
77.	Tient à jour ses dossiers	3.71
12.	Comprend la dynamique des personnes toxicomanes	3.64
40.	Est capable de maintenir à jour ses connaissances et de les intégrer dans sa pratique	3.64
27.	Tente d'intégrer les connaissances acquises en toxicomanie par la lecture, les conférences... dans sa pratique	3.36
78.	Fait des efforts afin de bien synthétiser sa pensée dans sa tenue de dossier	3.14
98.	A la capacité de transmettre ses connaissances à d'autres personnes impliquées dans l'intervention	3.14
11.	Connaît les substances et les modes de consommation	3.07
13.	Connaît les cultures reliées aux différents groupes de consommateurs (style de vie)	3.00
75.	Connaît et utilise une démarche scientifique dans ses activités auprès de la clientèle	2.93
26.	Se tient au courant de la littérature scientifique en toxicomanie	2.79
49.	Démontre un intérêt à développer une technologie du changement	2.14
48.	A la capacité d'utiliser un ordinateur dans sa tenue de dossier et autres sphères pertinentes de son travail	1.43

COTE MOYENNE : 3.17

LES PUBLICATIONS DU RISQ

CAHIERS DE RECHERCHE

- CR-1** BERGERON, J., LANDRY, M., ISHAK, I., VAUGEOIS, P., TRÉPANIÉ, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. (102 pages). 10,20\$
- CR-2** BERGERON, J., GOSSELIN, M. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*. (80 pages). 8,00\$
- CR-3** BROCHU, S., KISHCHUK, N., LANDRY, M., MERCIER, C., NADEAU, L. et coll. (1993) *Programme de recherche du RISQ: Cadre conceptuel*. (119 pages). 11,90\$
- GUYON, L., NADEAU, L., BOYER, R. (1993). *Devis pour la réalisation d'enquêtes épidémiologiques en toxicomanie*. Document déposé au Ministère de la Santé et des services sociaux. Publié par le MSSS. ([s'adresser au MSSS directement](#))
- CR-4** GUYON, L., LANDRY, M. et coll. (1993). *Analyse descriptive de la population en traitement de Domrémy-Montréal, à partir de l'IGT 1991-1992. Résultats généraux*. (62 pages). 6,20\$
- CR-5** LAFLAMME-CUSSON, S., GUYON, S., LANDRY, M. (1993). *Analyse comparée de la clientèle de trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT*. (60 pages) 6,00\$
- LAFLAMME-CUSSON, S., MOISAN, C. et coll. (1993). *Le cheminement des bénéficiaires dans trois centres de réadaptation pour personnes toxicomanes*. Publié par le MSSS. ([s'adresser au MSSS directement](#))
- NADEAU, L. (1993) *La dépendance aux substances psychoactives : la définition de la toxicomanie et l'évaluation psychologique*. (15 pages). ([Discontinué](#))
- CR-7** BROCHU, S. (1994) *Drogue et criminalité : mythe ou réalité?* (26 pages). 2,60\$
- CR-8** CUSSON, F., LAFLAMME-CUSSON, S. (1994). *La drogue au Québec : recherches et trouvailles*. (173 pages) 17,30\$
- CR-10** KEIGHAN, S. (1994). *La prévalence des conduites de risque chez les toxicomanes utilisateurs de drogues intraveineuses et les toxicomanes non-utilisateurs de drogues intraveineuses*. (75 pages). 7,50\$
- CR-9** LAFLAMME-CUSSON, S. (1994) *L'alcool au Québec : recherches et trouvailles*. (147 pages). 14,70\$
- CR-11** LOSLIER, L., LANDRY, M., GUYON, L. (1994). *Variations de l'Indice de gravité d'une toxicomanie et origine des clients de Domrémy-Montréal. Analyse géographique*. (82 pages). 8,20\$
- CR-12** MERCIER, C. (1994). *Toxicomanie et Itinérance*. Recension des écrits. (38 pages). 3,80\$
- CR-13** BROCHU, S. (1995) *Prévention de la toxicomanie : prévention de la délinquance : prévention de la déviance*. (22 pages). 2,20\$
- CR-14** DESJARDINS, L., GERMAIN, M. (1995). *Profil de la clientèle à double problématique : toxicomanie et délinquance*. (66 pages). 6,60\$
- CR-15** RACINE, S., NADEAU, L. (1995). *Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie*. (47 pages). 4,70\$

- CR-16** ALARIE, S., BOUCHER, S., DUFOUR, M., PARENT, I., RACINE, S., SIMONEAU, H. (1996). *Affiches de recherches sur les toxicomanies*. (70 pages). 7,00\$
- CR-17** LANDRY, M., NADEAU, L., RACINE, S. (1996). *Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec* (52 pages). 5,20\$
- CR-18** LANDRY, M., GUYON, L., BEAUVAIS, B. (1997). *Évaluation du profil biopsychosocial de la clientèle toxicomane en réadaptation à Domrémy-Montréal entre 1991 et 1995*. (42 pages). 4,20\$
- CR-19** BERGERON, J., LANDRY, M., BROCHU, S., COURNOYER, L.G. (1997). *Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle*. Rapport d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (# RS 2308-093). (102 pages).

CAHIERS TECHNIQUES

- CT-1** BRUNELLE, N. (1992). *Drug Abuse Screening Test (DAST) et Alcohol Dependence Scale (ADS). Guides pratiques à l'intention des utilisateurs*. (28 pages). 2,80\$
- CT-2** DESJARDINS, L., GUYON, L. (1993). *Constitution de la banque de données IGT de Domrémy-Montréal, 1991-1992*. (100 pages). 10,00\$
- CT-3** ALARIE, S., BRUNELLE, N. (1994). *Évaluation de la consommation d'alcool et de drogue auprès d'un échantillon de détenus au Centre de détention de Montréal*. (69 pages) 6,90\$
- CT-4** PROVOST, G., MERCIER, C. (1994). *La comorbidité des troubles psychiatriques chez des alcooliques et des toxicomanes : classification de la littérature spécialisée*. (266 pages). 26,60\$
- CT-5** PARENT, I. (1995). *Toxicomanies et comportements à risque pour le VIH/SIDA chez les femmes incarcérées : classification de la littérature spécialisée*. (146 pages). 14,60\$