
Rapport d'agrément
Clinique communautaire
de Pointe-Saint-Charles

23 février 2015

La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable du Conseil québécois d'agrément.

Note : Le masculin est utilisé pour alléger la présentation et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Table des matières

INTRODUCTION.....	2
Le Conseil québécois d'agrément	2
Le modèle d'agrément du CQA.....	3
SECTION 1	4
Les résultats et la décision d'agrément.....	4
Mise en contexte	5
Synthèse des principales forces et des principaux défis.....	6
Sondages	7
Degré de satisfaction de la clientèle.....	7
Degré de mobilisation du personnel	10
Normes et processus organisationnels	13
Capacité d'amélioration	14
La décision d'agrément.....	15
SECTION 2	16
Évaluation détaillée de l'équipe visiteuse	16
NORME I : UNE VISION, DES VALEURS ET UN ENGAGEMENT QUALITÉ.....	18
NORME II : UNE OFFRE CONCERTÉE DE SERVICE	19
NORME III : UNE INTERACTION CONTINUE AVEC LE MILIEU	21
NORME IV : DES STRATÉGIES D'INNOVATION ET DE DÉVELOPPEMENT.....	22
NORME V : LA MOBILISATION ET LA VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES	25
NORME VI : UNE GESTION EFFICIENTE DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES ..	29
NORME VII : LE PLAN DE COMMUNICATION	32
NORME VIII : LA GESTION DU PERSONNEL ET DES RESSOURCES ASSOCIÉES	34
NORME IX : LA QUALITÉ DANS L'ORGANISATION DES PRESTATIONS DE SERVICE	37
NORME X : LA SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS	41
Évaluation de la capacité d'amélioration	44
SECTION 3	46
Les recommandations du CQA	46
Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 19 mars 2012	48
Recommandations du comité de validation du CQA du 23 février 2015	53
ANNEXES.....	57
Définition des normes d'excellence.....	57
Définition des processus organisationnels	58
Définition de la capacité d'amélioration.....	59
Définition des indicateurs de la satisfaction de la clientèle et des dimensions de la qualité.....	60
Définition des indicateurs de la mobilisation du personnel	62
Lexique.....	63

Introduction

Le Conseil québécois d'agrément

Le Conseil québécois d'agrément (CQA), organisme d'agrément reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ses normes sont agréées par *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), vous invite à prendre connaissance du rapport d'agrément de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles*.

L'agrément est une démarche d'amélioration continue de la qualité des services. Les organisations du réseau de la santé et des services sociaux doivent veiller à maintenir cette certification. Comme il se doit, la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* a réalisé, au cours des derniers mois, une démarche visant à identifier ses forces et les points d'amélioration en lien avec les hauts standards de qualité exigés par le CQA soit :

- la réussite d'un sondage sur la satisfaction de l'expérience client;
- la réussite d'un sondage portant sur la mobilisation du personnel;
- la maîtrise des normes de qualité édictées par le CQA;
- la maîtrise de la capacité d'amélioration de l'organisation.

Le CQA a mis à la disposition de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* des guides et des outils afin de lui permettre de réaliser une analyse rigoureuse et exhaustive de son fonctionnement et de la qualité de ses services.

La clientèle, le personnel, des partenaires et le conseil d'administration ont participé à cette analyse qui s'est traduite dans l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des services.

Le dossier, constitué par la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles*, a été évalué par une équipe d'évaluateurs du CQA. Pour en valider le contenu et en préciser certaines composantes, les évaluateurs du CQA ont tout d'abord effectué une étude attentive du dossier puis ont réalisé une visite de plusieurs jours dans l'organisation. C'est à l'issue de cette visite que les évaluateurs ont remis un rapport qui a permis au CQA de prendre une décision et de formuler des recommandations à l'organisation.

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* s'engage, durant la durée de son certificat d'agrément, à réaliser et à atteindre les objectifs de son plan d'amélioration en y incluant les recommandations émises dans le présent rapport. De son côté, le CQA assurera un suivi et un soutien auprès de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles*, tout au long de cette période.

Vous trouvez ci-après le modèle d'agrément du CQA.

Le modèle d'agrément du CQA

Résultats

⇒ **Satisfaction de l'expérience client**

- Clientèle externe, interne (échantillonnage, répondant désigné)
- 12 dimensions clientèle regroupées sous 3 indicateurs (relation avec le client/prestation professionnelle/organisation des services)

Standard requis : résultat satisfaisant dans les limites ou supérieur au comparatif pour 2 indicateurs sur 3

⇒ **Mobilisation du personnel**

- Tout le personnel
- 6 indicateurs (réalisation, implication, collaboration, soutien, communication, leadership)

Standard requis : résultat satisfaisant dans les limites ou supérieur au comparatif pour 4 indicateurs sur 6.

Organisation

⇒ **10 Normes**

- 3 secteurs de normes (stratégiques, structurelles, professionnelles)
- 4 qualités normatives (documentation, actualisation, adéquation, légalité)
- Normes conformes si 3 qualités normatives sur 4 jugées conformes ou très conformes

⇒ **Processus organisationnels**

- Rattachés aux normes
- Sous la responsabilité d'un gestionnaire (écriture et évaluation) pour les 4 qualités normatives
- Évalués par les équipes d'évaluation pour 2 qualités normatives (actualisation et adéquation)

Standard requis : 7 normes sur 10 conformes ou tout à fait conformes dont obligatoirement les 3 normes professionnelles et 4 normes réparties dans le secteur stratégique et dans le secteur structurel.

Amélioration continue

⇒ **Plan d'amélioration**

⇒ **6 qualités normatives**

- Disponibilité de l'information
- Pertinence de l'analyse
- Pertinence du plan d'amélioration
- Réalisme du plan d'amélioration
- Capacité d'adaptation
- Capacité de mise en œuvre

Standard requis : 6 qualités normatives maîtrisées ou très bien maîtrisées

SECTION 1

**Les résultats et la décision d'agrément
de la**

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Mise en contexte

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles s'est engagée dans sa troisième démarche d'agrément au mois d'avril 2014. Une équipe d'évaluation a été constituée en fonction des différents secteurs de services et de disciplines de l'établissement afin d'assurer la plus grande représentativité de l'ensemble de ses acteurs. Cette équipe et les responsables des processus ont évalué 25 des 27 processus inclus au cadre normatif du CQA. L'établissement ne gère pas de ressources non institutionnelles ni de bénévoles (processus n^{os} 19 et 20).

La visite qui s'est déroulée du 2 au 6 février 2015 a permis à l'équipe visiteuse de rencontrer l'équipe d'évaluation, le conseil d'administration, le conseil multidisciplinaire, le comité de vigilance et de la qualité et de gestion des risques, le comité des usagers et des membres, le conseil des infirmiers et infirmières, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, la table de concertation Action-Gardien (partenaire) et l'équipe de coordination. En outre, les points de service de la rue Ash et de la rue Centre ont été visités.

Synthèse des principales forces et des principaux défis

Les principales forces sur lesquelles la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* peut compter pour poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité ainsi que les principaux défis auxquels elle devra prêter une attention particulière sont les suivants :

Les principales forces

- Le taux de satisfaction élevé de la clientèle.
- L'impact positif dans le quartier de l'intervention communautaire de la clinique.
- Une bonne gestion financière de l'organisation.
- Un personnel mobilisé et engagé envers la mission et les valeurs de la clinique.
- Une diminution de 70 % du taux d'attente pour le service de soutien à domicile à la suite d'un projet d'optimisation Kaizen.
- La contribution proactive du comité de vigilance, de gestion des risques et de la qualité.

Les principaux défis

- Redéfinir le concept de gestion participative, en lien avec le contexte actuel tant interne qu'externe, ainsi que les modalités d'application.
- Réaliser l'informatisation des dossiers; plus qu'un projet technologique, un changement de pratique clinique et administratif.
- S'assurer que l'ensemble des comités du conseil d'administration, prévus par la loi, assument leurs rôles et leurs mandats et en rendent compte au conseil.
- Optimiser le fonctionnement des appréciations du personnel en lien avec le concept de gestion participative de manière à ce que l'ensemble du personnel soit évalué régulièrement.
- Définir et formaliser les rôles et responsabilités des employés, des équipes, des ententes avec les collaborateurs et en respecter les contenus.
- Développer une culture de performance et de résultats.

Sondages

Degré de satisfaction de la clientèle de la <i>Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles</i>		
Indicateurs¹ de la satisfaction de la clientèle	Résultat %	Cote
Relation avec le client	92	2
Prestation professionnelle	89	2
Organisation des services	88	2

Cote 1 : Résultat insatisfaisant au regard des standards requis
La limite supérieure du résultat de l'établissement se situe en dessous de la limite inférieure du comparatif

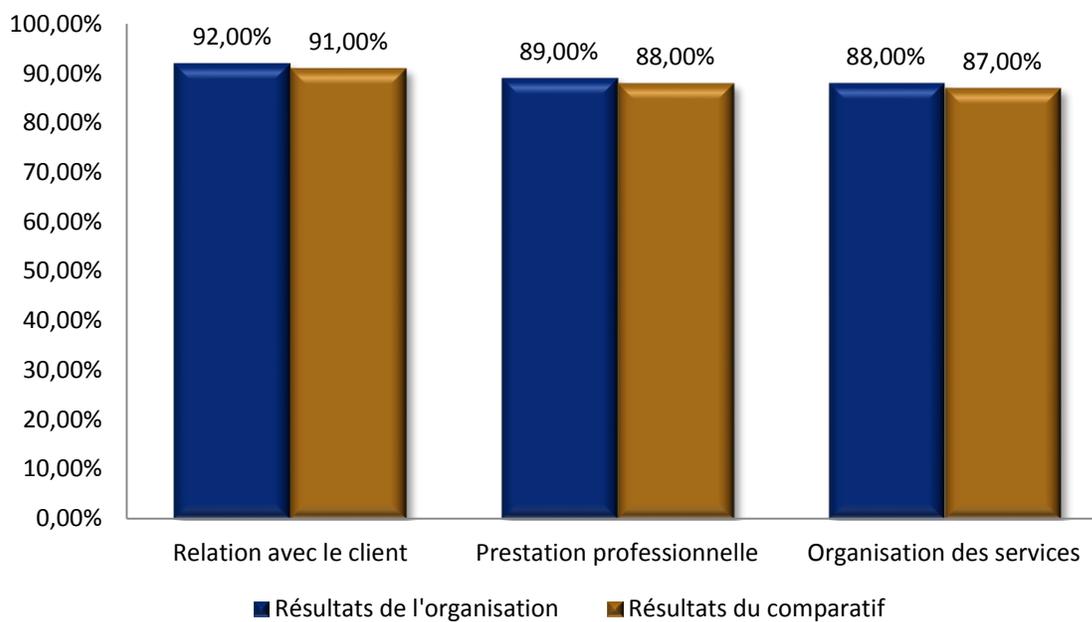
Cote 2 : Résultat satisfaisant au regard des standards requis
La limite inférieure ou supérieure du résultat de l'établissement se situe à l'intérieur des limites du comparatif ou les limites du comparatif se situent entre la limite inférieure et supérieure du résultat de l'établissement.

Cote 3 : Résultat très satisfaisant au regard des standards requis
La limite inférieure du résultat de l'établissement se situe au-dessus de la limite supérieure du comparatif.

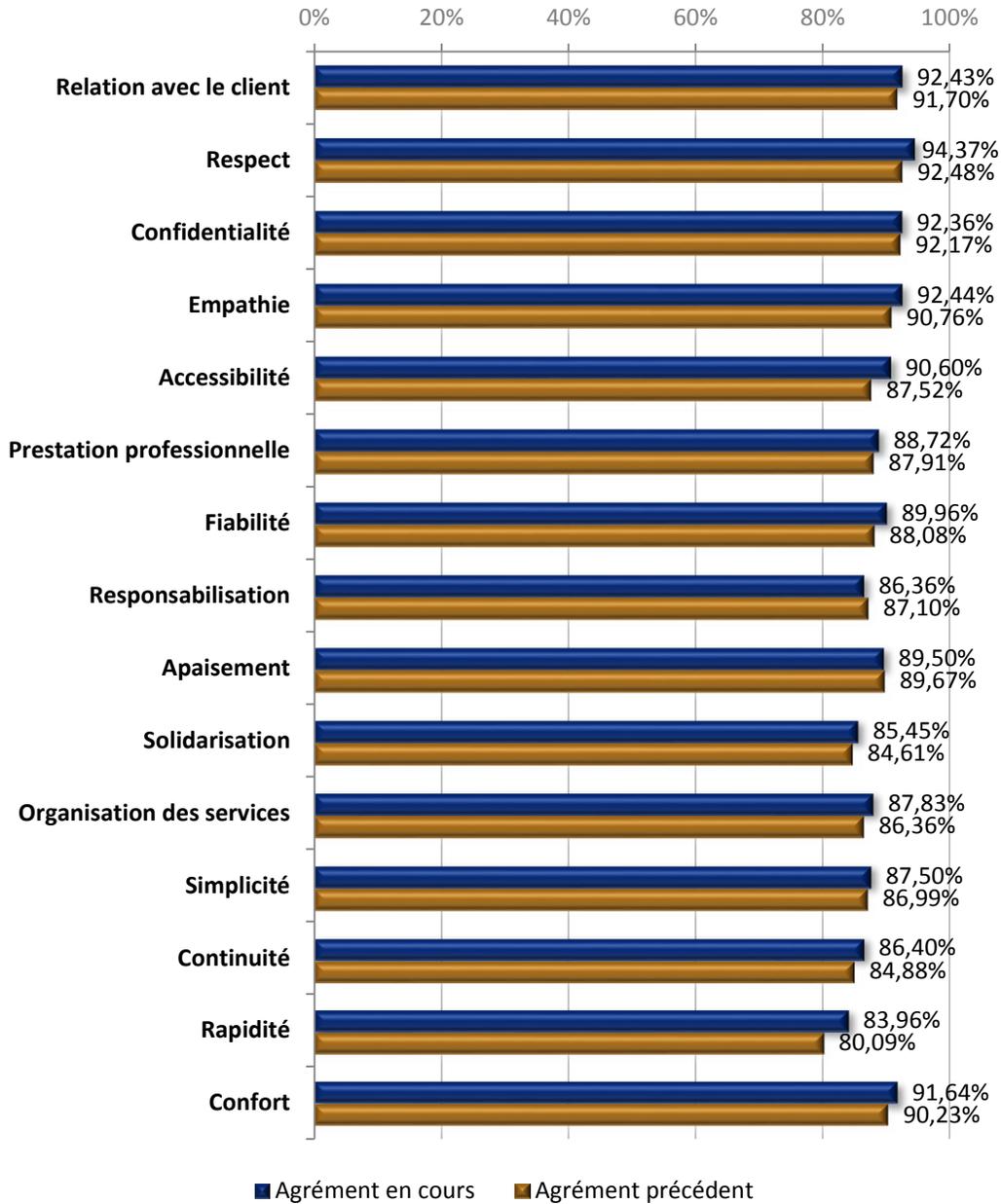
351 entrevues téléphoniques ont été réalisées afin de connaître le degré de satisfaction de l'expérience client. Les résultats des trois indicateurs (*prestation professionnelle, organisation des services et relation avec le client*) se situent **à l'intérieur** des limites du comparatif.

¹ Définitions en annexe

Résultats obtenus aux indicateurs de satisfaction de la clientèle avec ceux du comparatif



**Résultats obtenus aux dimensions qualité de satisfaction de la clientèle avec ceux de l'agrément précédent de la
Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles**



**Degré de mobilisation du personnel de la
*Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles***

Indicateur mesurant le degré de mobilisation du personnel	Résultat %	Cote
Réalisation	77	2
Implication	77	2
Collaboration	70	1
Soutien	70	2
Communication	63	2
Leadership	57	1

Cote 1 : Résultat insatisfaisant au regard des standards requis

La limite supérieure du résultat de l'établissement se situe en dessous de la limite inférieure du comparatif

Cote 2 : Résultat satisfaisant au regard des standards requis

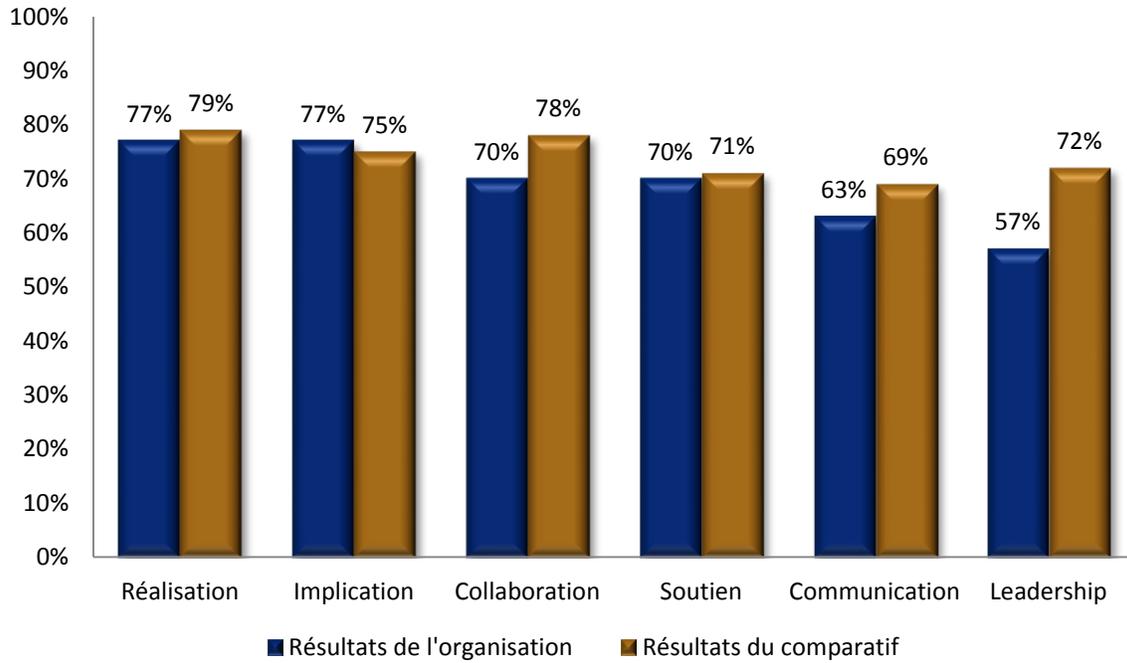
La limite inférieure ou supérieure du résultat de l'établissement se situe à l'intérieur des limites du comparatif ou les limites du comparatif se situent entre la limite inférieure et supérieure du résultat de l'établissement.

Cote 3 : Résultat très satisfaisant au regard des standards requis

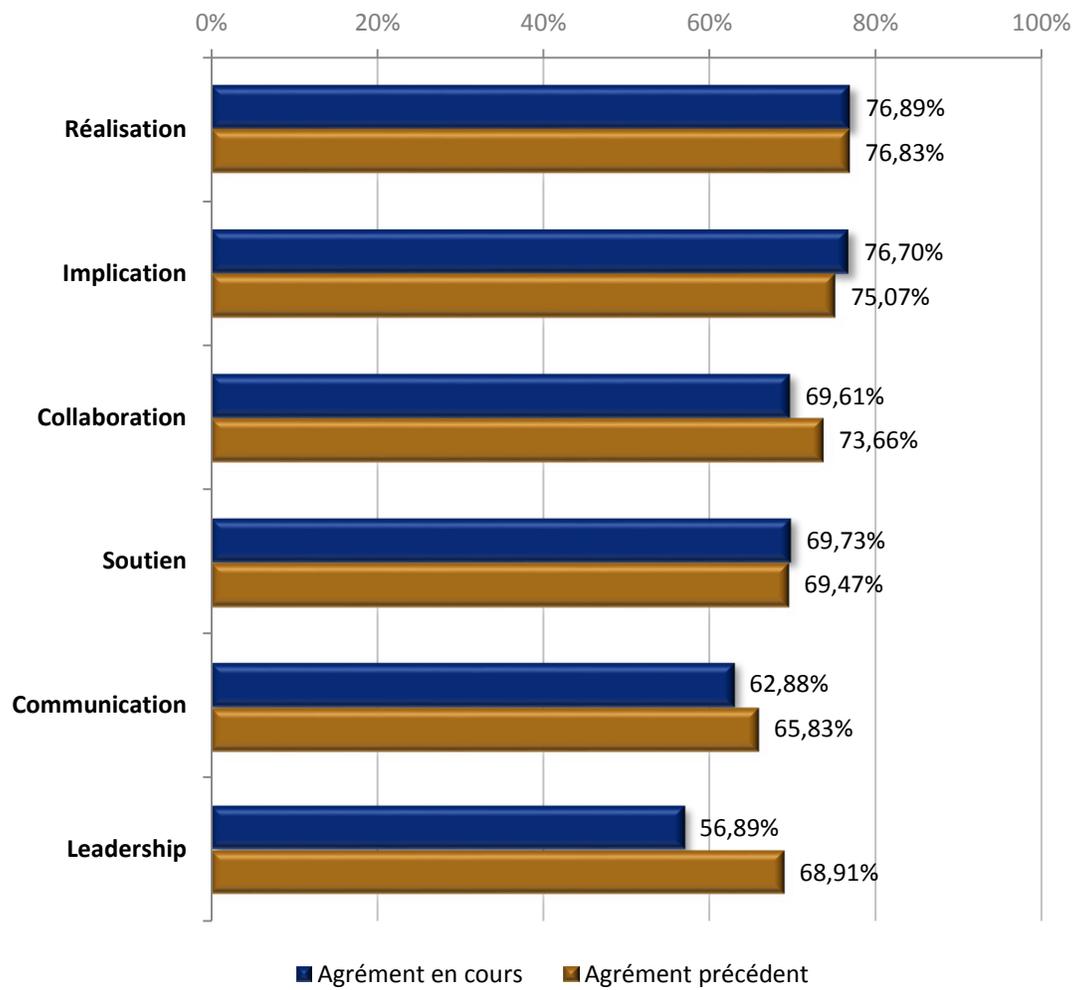
La limite inférieure du résultat de l'établissement se situe au-dessus de la limite supérieure du comparatif.

Le sondage réalisé auprès de l'ensemble du personnel de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* s'est déroulé du 26 mai au 12 juin 2014. Des 120 questionnaires distribués, 74 ont été remplis, ce qui donne un taux de réponse global de 62 %. Deux des six indicateurs (collaboration et leadership) se situent en dessous des limites du comparatif.

Comparaison des résultats aux indicateurs de mobilisation du personnel avec ceux du comparatif



Résultats obtenus aux indicateurs de mobilisation du personnel avec ceux de l'agrément précédent



Normes et processus organisationnels

Résultats de l'évaluation des normes et processus organisationnels			Niveau de maîtrise	
			Normes	Processus
Stratégique	Norme I	Une vision, des valeurs et un engagement qualité	C	
		Processus 1 : Déterminer les valeurs, la vision et l'engagement qualité de l'organisation et les partager avec la clientèle, le personnel et les partenaires		M
	Norme II	Une offre concertée de service	C	
		Processus 2 : Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle		M
		Processus 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle		M
	Norme III	Une interaction continue avec le milieu	C	
		Processus 4 : Collaborer avec les partenaires		M
	Norme IV	Des stratégies d'innovation et de développement	C	
		Processus 5 : Gérer les activités de recherche		M
		Processus 6 : Innover de façon continue dans les pratiques		M
	Processus 7 : Gérer les activités d'enseignement		TBM	
Structurel	Norme V	La mobilisation et la valorisation des ressources humaines	C	
		Processus 8 : Définir les engagements de l'organisation ainsi que la philosophie de gestion pour assurer le développement et la mobilisation des ressources humaines		M
		Processus 9 : Gérer et valoriser les ressources humaines		M
		Processus 10 : Encadrer les équipes de travail		M
		Processus 11 : Développer les connaissances et les compétences du personnel		M
	Norme VI	Une gestion efficiente des ressources financières, matérielles et informationnelles	C	
		Processus 12 : Gérer les ressources financières		TBM
		Processus 13 : Gérer les ressources matérielles		M
		Processus 14 : Gérer les ressources informationnelles		M
	Norme VII	Le plan de communication	C	
	Processus 15 : Concevoir et mettre en œuvre le plan de communication		TBM	
	Processus 16 : Assurer la gestion de la documentation et des informations internes		M	
Professionnel	Norme VIII	La gestion du personnel et des ressources associées	C	
		Processus 17 : Apprécier la contribution individuelle du personnel		M
		Processus 18 : Superviser et encadrer les intervenants sur le plan clinique		M
		Processus 19 : Gérer les ressources intermédiaires et les ressources de type familial		SO
		Processus 20 : Gérer les ressources bénévoles		SO
	Norme IX	La qualité dans l'organisation des prestations de services	C	
		Processus 21 : Accueillir, traiter et orienter les demandes de services		M
		Processus 22 : Gérer les listes d'attente		M
		Processus 23 : Planifier les interventions et dispenser les services		M
		Processus 24 : Gérer les plaintes et les insatisfactions de la clientèle		M
Norme X	La sécurité des interventions	C		
	Processus 25 : Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique		M	
	Processus 26 : Assurer la prestation d'interventions sécuritaires pour les clientèles et le personnel		M	
	Processus 27 : Gérer la tenue du dossier de l'utilisateur et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle		M	

Signification du niveau de maîtrise des processus : **NM** : non maîtrisé **M** : maîtrisé **TBM** : Très bien maîtrisé **SO** : sans objet
 Signification du niveau de conformité des normes : **NC** : non conforme **C** : conforme **TFC** : tout à fait conforme

Capacité d'amélioration

Tableau synoptique de l'évaluation des qualités normatives

Angle de la capacité d'amélioration	Niveau de maîtrise
Disponibilité de l'information	Maîtrisée
Pertinence de l'analyse	Très bien maîtrisée
Pertinence du plan d'amélioration	Maîtrisée
Réalisme du plan d'amélioration	Maîtrisé
Capacité d'adaptation	Maîtrisée
Capacité de mise en œuvre	Maîtrisée

Définitions

Disponibilité de l'information :	L'organisation dispose de l'information nécessaire pour évaluer ses processus.
Pertinence de l'analyse :	L'analyse effectuée tient compte de l'information disponible et les pistes d'amélioration dégagées sont cohérentes.
Pertinence du plan d'amélioration :	Les objectifs et stratégies du plan d'amélioration sont cohérents avec l'analyse effectuée.
Réalisme du plan d'amélioration :	Le plan d'amélioration est réalisable dans les délais fixés compte tenu des ressources disponibles et de la mobilisation du personnel.
Capacité d'adaptation :	L'organisation a démontré qu'elle sait s'adapter aux circonstances, convertir une contrainte en opportunité.
Capacité de mise en œuvre :	L'organisation est capable de passer à l'action.

La décision d'agrément

Résultats :

CONSIDÉRANT que la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard de la satisfaction de l'expérience client.

CONSIDÉRANT que la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard du degré de mobilisation du personnel.

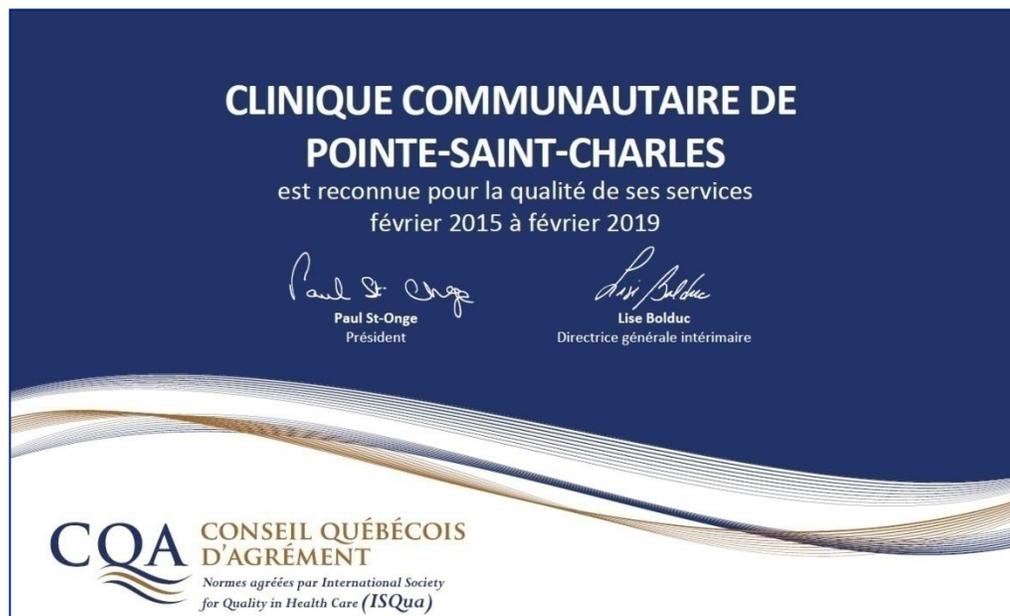
Organisation :

CONSIDÉRANT que la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* répond aux standards requis puisqu'il se conforme de manière satisfaisante aux 10 normes d'excellence énoncées dans le cadre normatif.

Amélioration continue :

CONSIDÉRANT que la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* démontre une capacité d'amélioration continue répondant aux exigences des six qualités normatives prescrites.

CERTIFICAT D'AGRÉMENT



SECTION 2

Évaluation détaillée de l'équipe visiteuse

L'évaluation détaillée qui suit présente, pour chaque norme, processus, et pour les 6 qualités normatives de la capacité d'amélioration, les principaux éléments sur lesquels reposent les écarts entre l'évaluation effectuée par l'organisation et celle effectuée par l'équipe visiteuse.

Évaluation de la conformité aux 10 normes d'excellence

pour la

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Les évaluateurs du CQA ont réalisé les observations et les analyses qui ont permis de confirmer ou d'infirmer l'autoévaluation de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* sur les processus organisationnels.

NORME I : UNE VISION, DES VALEURS ET UN ENGAGEMENT QUALITÉ

Intitulé de la norme I	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
Les valeurs, la vision et l'engagement qualité ¹ de l'organisation et de son conseil d'administration sont déterminés. Ils sont (re)connus et partagés par la clientèle, par le personnel et par les partenaires	C

Processus 1	Résultat (NM, M, TBM)
Déterminer les valeurs, la vision et l'engagement qualité de l'organisation et les partager avec la clientèle, le personnel et les partenaires	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	3	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique Pointe communautaire de Pointe-Saint-Charles* doit formaliser son engagement qualité et l'intégrer dans ses orientations fondamentales.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> Se doter d'un engagement qualité applicable à tous les services de l'organisation et s'assurer de sa diffusion. 		X
	Date d'échéance :	

NORME II : UNE OFFRE CONCERTÉE DE SERVICE

Intitulé de la norme II	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
L'offre de service et les programmes de l'organisation sont déterminés en fonction des besoins actuels et futurs des populations et des clientèles desservies, et sont mis en œuvre dans le cadre des orientations ministérielles.	M

Processus 2	Résultat (NM, M, TBM)
Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle	C

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	3			X

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Les cadres de référence clinique datent de plus de 10 ans et seront révisés et harmonisés tel que prévu dans le prochain plan d'amélioration.

Les moyens pour diffuser l'information sur l'offre de service, les conditions d'accès et les modalités pour rejoindre efficacement les usagers sont à améliorer. L'évaluation de programme serait également importante à mettre en œuvre progressivement pour s'assurer de l'adéquation besoins services.

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* n'a pas de plan d'organisation malgré une recommandation en ce sens au précédent agrément. L'élaboration d'un plan d'organisation est inscrite dans le nouveau plan d'amélioration, mais l'échéance prévue ne répond pas au besoin actuel compte tenu de la conjoncture du réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
En lien avec la recommandation du précédent agrément : <ul style="list-style-type: none"> Élaborer le plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique, le diffuser et s'assurer de sa mise œuvre. S'assurer de sa révision aux trois ans en y précisant, notamment les structures, les rôles et les responsabilités, les mécanismes de coordination et de supervision (<i>art 183, LSSSS</i>). 	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	
<ul style="list-style-type: none"> Faire rapport sur l'avancement des travaux 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	30 septembre 2015	

Processus 3	Résultat (NM, M, TBM)
Évaluer la satisfaction de la clientèle	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	1			X
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* n'a pas de système d'évaluation continue de la satisfaction de la clientèle. Cet objectif fait partie du plan d'amélioration.

L'organisation utilise divers moyens pour mesurer le niveau de satisfaction de la clientèle et de la communauté. Les fonctions du comité des usagers et des membres ne sont pas claires tant sur le plan de la structuration de son action, du recrutement de ses membres que de la mise en œuvre de ses responsabilités.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
En lien avec la recommandation du précédent agrément : <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que le comité des usagers et des membres puisse remplir son mandat tel que prévoit par la loi. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	30 juin 2015	

NORME III : UNE INTERACTION CONTINUE AVEC LE MILIEU

Intitulé de la norme III	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
L'organisation agit en complémentarité avec le réseau de partenaires dans lequel il s'inscrit, en vue de garantir l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population.	C

Processus 4	Résultat (NM, M, TBM)
Collaborer avec les partenaires	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* a des ententes formelles de collaboration avec ses partenaires institutionnels. Avec certains partenaires communautaires, des ententes sont informelles et la clinique finance aussi certains projets communs. Toutefois, ces ententes de collaboration formelles et informelles sont inégalement connues de la part des employés et des partenaires. Enfin, les partenaires expriment le souhait de mieux connaître l'offre de services de la clinique et les mécanismes d'accès aux services pour un plus grand partage de l'expertise de la clinique.

NORME IV : DES STRATÉGIES D'INNOVATION ET DE DÉVELOPPEMENT

Intitulé de la norme IV	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
L'organisation élabore des stratégies innovatrices dans le développement de ses pratiques et dans le partage de son expertise.	C

Processus 5	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les activités de recherche ²	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3		X	
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	2			X

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* n'a pas adopté le règlement sur l'organisation de la recherche en lien avec l'obligation légale. Par ailleurs, compte tenu des nouvelles règles du ministère de la Santé et des Services sociaux sur l'éthique de la recherche dans les établissements, l'organisation n'a pas besoin d'ententes de délégation avec un comité d'éthique de la recherche.

La politique de gestion des activités de recherche est récente et toujours en voie d'implantation auprès du personnel, et ce, malgré la volonté de l'organisation de développer une culture de la recherche.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> Faire adopter, par le conseil d'administration, la politique sur l'organisation de la recherche à titre de règlement tel que le prévoient les articles 106 et 505 (6) de la LSSSS. 		X
	Date d'échéance :	

Processus 6	Résultats (NM, M, TBM)
Innover de façon continue dans les pratiques	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	1			X
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	2			x

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* ne dispose pas de documentation en ce qui concerne l'innovation bien que des pratiques innovantes existent.

Le conseil multidisciplinaire est institué depuis 2 ans. Il cherche actuellement sa place dans l'organisation et réfléchit à des stratégies de mobilisation de ses membres. Actuellement, le conseil multidisciplinaire ne remplit pas les responsabilités qui lui sont confiées par la loi.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<ul style="list-style-type: none"> Formaliser ses orientations en matière d'innovation et de développement des pratiques et les diffuser à l'ensemble du personnel. 	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	
<p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer de confier au conseil multidisciplinaire, les responsabilités prévues à la loi envers le conseil d'administration et le coordonnateur général. Apporter au conseil multidisciplinaire le soutien requis pour assumer ses rôles et ses responsabilités dans l'organisation. S'assurer que le conseil fasse rapport annuellement au conseil d'administration. (art. 227, 228). 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	31 octobre 2015	

Processus 7	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les activités d'enseignement	TBM

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3	X		
Actualisation	3		X	
Adéquation	30		X	
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* dispose de ce qui est requis pour soutenir la gestion de ce processus. L'accueil des stagiaires est une stratégie de recrutement du personnel. Le processus est connu et complet.

NORME V : LA MOBILISATION ET LA VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES

Intitulé de la norme V	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
Le personnel est mobilisé, formé, soutenu et valorisé de manière à contribuer activement, par ses compétences, à la qualité du service rendu à la clientèle.	C

Processus 8	Résultat (NM, M, TBM)
Définir les engagements de l'organisation ainsi que la philosophie de gestion pour assurer le développement et la mobilisation des ressources humaines.	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La politique sur la gestion participative date de 2007 et une révision de cette politique, attendue par le personnel, est prévue au plan d'amélioration. L'équipe visiteuse considère que la philosophie de gestion pourrait contribuer à améliorer l'exercice du leadership.

La politique de gestion participative est connue, cependant la compréhension commune de cette politique demeure un défi pour tous les acteurs.

Processus 9	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer et valoriser les ressources humaines	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Plusieurs nouvelles politiques sont en voie d'implantation et sont encore inégalement connues ou appliquées.

Le plan d'action triennal pour la planification de la main d'œuvre et le développement de personnel, tel que requis par une recommandation du précédent agrément, est partiellement réalisé.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> Terminer le plan d'action triennal concernant l'accueil des employés, la motivation, la valorisation, la mobilité, la relève et l'orientation de carrière (art.231, LSSSS). 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	31 octobre 2015	

Processus 10	Résultat (NM, M, TBM)
Encadrer les équipes de travail	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	1			X
Légalité	SO			

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Les cadres de référence sont à réviser ce qui est prévu au plan d'amélioration.

Les descriptions des rôles et des responsabilités des membres du personnel et des équipes de travail ne répondent plus aux besoins de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles*. Ce besoin est prévu au plan d'amélioration en lien avec l'élaboration du plan d'organisation et la révision des cadres de référence. C'est un défi souligné par l'équipe visiteuse.

Processus 11	Résultat (NM, M, TBM)
Développer les connaissances et les compétences du personnel	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3		X	
Actualisation	3		X	
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles dispose de la documentation requise pour soutenir la gestion du processus.

Le processus est connu et appliqué par l'ensemble du personnel. Toutefois, la clinique ne dispose pas de moyens lui permettant de soutenir l'intégration des activités de formation et le suivi du transfert des acquis dans la pratique.

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles investit plus de 1 % de son budget annuel au niveau de la formation.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> Développer les modalités lui permettant de s'assurer du transfert des acquis. 		X
	Date d'échéance :	

NORME VI : UNE GESTION EFFICIENTE DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Intitulé de la norme VI	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
La gestion des ressources financières, matérielles et informationnelles est pertinente et efficiente au regard des besoins de la clientèle et des orientations stratégiques de l'organisation.	C

Processus 12	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources financières.	TBM

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3	X		
Actualisation	3	X		
Adéquation	3		X	
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Ce processus est très bien maîtrisé par la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles*. Sa gestion financière présente des particularités : OSBL (organisation sans but lucratif), privé conventionné pour la mission CLSC (Centre local des services communautaires) avec un financement qui vient de l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal. Elle détient également une charte d'organisme de charité. La clinique est en équilibre budgétaire depuis des années et atteint les cibles qui lui sont fixées dans l'entente de gestion. Les membres de l'équipe d'évaluation disent apprécier les suivis faits sur la bonne gestion financière de la clinique.

Processus 13	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources matérielles	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	1			X
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	2			X

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La cote de la documentation est diminuée à 1. Malgré un 3^e agrément, la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* ne dispose pas des politiques et des procédures suivantes :

- 1) *Politique concernant l'aménagement des lieux de façon sécuritaire, agréable et favorisant la protection de l'intimité et de la confidentialité.*
- 2) *Plan de signalisation.*
- 3) *Plan d'entretien préventif des équipements.*
- 4) *Procédure de prévention et de contrôle de transmission des infections. (incluant le nettoyage régulier des jouets dans les salles d'attente et de thérapie).*
- 5) *Procédure d'achats.*

La clinique ne dispose pas de balises formelles et communes à l'ensemble des services pour l'acquisition de biens et de matériels. Cela crée un certain dysfonctionnement dans les activités régulières de la clinique. En outre, elle ne dispose pas des politiques ni de procédures pour garantir l'hygiène, la salubrité et la sécurité.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer, diffuser et mettre en œuvre les politiques et procédures manquantes : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Politique concernant l'aménagement des lieux de façon sécuritaire, agréable et favorisant la protection de l'intimité et de la confidentialité.</i> - <i>Plan de signalisation;</i> - <i>Plan d'entretien préventif des équipements;</i> - <i>Procédure de prévention et de contrôle de transmission des infections (incluant le nettoyage régulier des jouets dans les salles d'attente et de thérapie).</i> 	X	
	Date d'échéance :	
	30 septembre 2015	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se doter d'une procédure d'acquisition des biens et des services (inventaire, système de demandes et accusé de réception, destruction). ▪ Se conformer à l'obligation légale et réglementaire concernant l'environnement sécuritaire, salubre et hygiénique. 		X
	Date d'échéance :	

Processus 14	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources informationnelles ³	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	x		
Adéquation	2	x		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La recommandation du précédent agrément à l'effet d'inclure dans ses politiques et ses procédures de sécurité informatique l'utilisation des clés USB n'a pas été mise en œuvre et constitue une menace à la sécurité informatique. Les services d'entretien du réseau informatique et de soutien aux utilisateurs de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* ont été donnés en impartition au Centre de Santé et de Services sociaux de Verdun. Un important projet de numérisation et d'informatisation des dossiers usagers est sur le point de s'amorcer (OACIS²).

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> Se doter de procédures d'utilisation des clés USB, l'inclure dans la politique sur la sécurité des actifs informationnels, la diffuser, la mettre en œuvre et en assurer le suivi d'application. 	X	
	Date d'échéance :	
	30 avril 2015	

²OACIS est un système informatisé intégrateur permettant l'accès à l'ensemble des informations d'un usager.

NORME VII : LE PLAN DE COMMUNICATION

Intitulé de la norme VII	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
L'organisation transmet régulièrement à la population, à sa clientèle, à son personnel et à ses partenaires, les informations nécessaires à la connaissance et à la compréhension de ses objectifs et du fonctionnement de ses services.	C

Processus 15	Résultat (NM, M, TBM)
Concevoir et mettre en œuvre le plan de communication	TBM

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3		X	
Actualisation	3		X	
Adéquation	3		X	
Légalité	SO			

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le processus est complet, connu, appliqué et apprécié par le personnel.

Processus 16	Résultat (NM, M, TBM)
Assurer la gestion de la documentation et des informations internes	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3		X	
Actualisation	1			X
Adéquation	2	X		
Légalité	3		X	

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* dispose de l'ensemble de la documentation requise pour soutenir la gestion de ce processus.

Les composantes de ce processus ne sont pas mises en œuvre et ce, parce qu'il n'y a aucun responsable désigné à la gestion documentaire et à l'accès à l'information.

La clinique répond aux exigences légales prescrites pour ce processus.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan d'action pour la mise en application de la politique de gestion documentaire. 	X	
	Date d'échéance :	
	30 septembre 2015	

NORME VIII : LA GESTION DU PERSONNEL ET DES RESSOURCES ASSOCIÉES

Intitulé de la norme VIII	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
Le personnel, incluant chacune des ressources associées ⁴ , est encadré afin d'assurer la continuité, la conformité et la sécurité des prestations offertes à la clientèle.	C

Processus 17	Résultat (NM, M, TBM)
Apprécier la contribution individuelle du personnel	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3		X	
Actualisation	1			X
Adéquation	2	X		
Légalité	2	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles dispose de la documentation requise et à jour pour soutenir la gestion de ce processus.

L'appréciation de la contribution du personnel annuelle est peu réalisée. Les mécanismes actuels d'appréciation de la contribution du personnel sont peu fonctionnels et ne permettent pas d'attendre les cibles généralement visées. Cette mesure faisait l'objet d'une recommandation au précédent agrément.

L'actuel plan d'amélioration prévoit que 100 % du personnel sera évalué annuellement en 2019. De l'avis de l'équipe visiteuse, cette échéance est trop tardive pour assurer une gestion optimale des ressources humaines. Le personnel est en attente de pouvoir bénéficier de cette évaluation.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser l'évaluation de 100 % du personnel d'ici avril 2016 et en faire rapport au CQA. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	30 avril 2016	

Processus 18	Résultat (NM, M, TBM)
Superviser et encadrer les intervenants sur le plan clinique. ⁵	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles dispose de la documentation requise pour soutenir la gestion de ce processus. La politique et les procédures sur la supervision professionnelle sont récentes. Bien qu'elles soient connues du personnel, elles restent inégalement appliquées pour les infirmières et les intervenants psychosociaux. En outre, la supervision professionnelle est souhaitée par le personnel. Les cadres de références soutenant la supervision sont désuets. Une révision de ces documents est entreprise depuis 2 ans et la poursuite de cette mise à jour est inscrite dans le plan d'amélioration de l'établissement.

Processus 19	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources intermédiaires et les ressources de type familial	SO

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	SO			
Actualisation	SO			
Adéquation	SO			
Légalité	SO			

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* n'est pas soumise à l'évaluation de ce processus car elle ne gère pas de ressources intermédiaires ni de type familial.

Processus 20	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources bénévoles ⁶	SO

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	SO			
Actualisation	SO			
Adéquation	SO			
Légalité	SO			

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* ne gère pas de bénévoles en service direct aux usagers. Par conséquent, la clinique n'est pas soumise à l'évaluation de ce processus.

NORME IX : LA QUALITÉ DANS L'ORGANISATION DES PRESTATIONS DE SERVICE

Intitulé de la norme IX	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
Les prestations de service sont organisées, dispensées et évaluées afin de répondre, en continu, aux besoins de la clientèle, aux standards cliniques, aux meilleures pratiques en usage dans ce secteur ainsi qu'aux exigences légales et réglementaires.	C

Processus 21	Résultat (NM, M, TBM)
Accueillir, traiter et orienter les demandes de services	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3		X	
Actualisation	3		X	
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La documentation est complète et mise à jour pour soutenir la gestion de ce processus. Le processus est connu et appliqué.

Processus 22	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les listes d'attente	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3		X	
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	SO			

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La cote de la documentation est rehaussée à 3 puisque l'organisation dispose de la documentation requise pour soutenir la gestion de ce processus.

Le phénomène de la gestion des listes d'attente est nouveau dans l'organisation, particulièrement au niveau du 2^e service (services spécialisés) et se trouve en voie d'implantation. L'actualisation de la gestion de la liste d'attente est à développer, car auparavant, la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* avait comme orientation de ne pas avoir de liste d'attente. Les listes d'attente sont accessibles, mais les employés ne les consultent pas. Par conséquent, il y a peu de suivi des usagers inscrits.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> Prendre les moyens nécessaires afin d'assurer le suivi régulier des usagers inscrits sur les listes d'attente. Faire rapport au CQA sur les mesures mises en place. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	30 septembre 2015	

Processus 23	Résultat (NM, M, TBM)
Planifier les interventions et dispenser les services	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	3		X	

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* dispose d'une politique sur la planification de l'intervention. Toutefois, les cadres de référence clinique sont désuets et devront être revus et harmonisés comme prévu dans le plan d'amélioration de l'organisation.

L'équipe visiteuse a été en mesure de constater que la présence ou la révision des plans d'intervention n'est pas systématique. Le taux actuel de présence des plans d'intervention est non satisfaisant. Par contre, le taux de présence des plans thérapeutiques infirmier, lorsqu'ils sont requis, est conforme.

L'organisation respecte toutes les exigences légales et réglementaires liées à ce processus.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre ses efforts pour que chaque usager qui le requiert ait un plan d'intervention mis à jour dans son dossier. ▪ Faire rapport au CQA sur les mesures mises en place. 	X	
	Date d'échéance :	
	30 septembre 2015	

Processus 24	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les insatisfactions et les plaintes de la clientèle	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	3	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* n'a pas de politique ou procédure sur le traitement des insatisfactions.

Au plan du traitement des plaintes, la clinique partage les services de la commissaire aux plaintes du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun. Une des particularités de l'établissement est d'utiliser la participation citoyenne comme mode d'expression des plaintes et des insatisfactions quant aux services reçus.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en application une procédure de traitement des insatisfactions, la diffuser auprès des usagers et du personnel. 	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	

NORME X : LA SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS

Intitulé de la norme X	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
La sécurité des interventions dispensées auprès de la clientèle est garantie par le respect, l'application optimale et elle est balisée par les des différents cadres de références reconnus.	C

Processus 25	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'interventions cliniques.	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* ne dispose pas d'une procédure de mise à jour de l'inventaire des médicaments. L'équipe visiteuse tient à souligner le travail important de mise à jour des protocoles de soins infirmiers effectuée par le Conseil des infirmières et des infirmiers de l'établissement au cours des dernières années. La vigie, quant aux nouveaux guides, protocoles à mettre en place ou à réviser, est effectuée par l'intermédiaire du personnel d'encadrement à l'échelon des tables de concertation régionales.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer, diffuser et mettre en application une procédure de mise à jour de l'inventaire des médicaments. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
		30 juin 2015

Processus 26	Résultat (NM, M, TBM)
Assurer une gestion sécuritaire des lieux, des prestations de service et des situations à risque, pour la clientèle et le personnel.	M

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3		X	
Actualisation	2	X		
Adéquation	3		X	
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

L'ensemble de la documentation requise est disponible et mise à jour pour soutenir la gestion de ce processus.

Le processus d'identification des risques potentiels est toujours en cours.

Le comité de vigilance et de gestion des risques de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* a pris l'orientation de développer une approche de gestion intégrée des risques. L'identification des risques potentiels et les mesures préventives dépassent donc les seuls aspects de la sécurité des installations et de la prestation de services pour englober des risques à caractère plus institutionnel.

L'équipe visiteuse a constaté dans une salle de soins, des conditions non sécuritaires telles que des portes non fermées (risque de vol), tiroirs ouverts près du sol (risque de trébucher).

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser le personnel aux risques potentiels dans leur environnement immédiat de travail et d'activité, et ce, tant pour la clientèle que pour le personnel. ▪ Faire rapport au CQA sur les mesures mises en place. 	X	
	Date d'échéance :	
	30 avril 2015	

Processus 27	Résultats (NM, M, TBM)
Gérer la tenue du dossier de l'utilisateur et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle.	C

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3		X	
Actualisation	3		X	
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles dispose de la documentation requise pour soutenir la gestion de ce processus.

Le processus est connu et appliqué par le personnel concerné.

La clinique est en voie de numériser l'information contenue dans les dossiers des usagers et elle implantera par la suite, le dossier informatisé. Nous suggérons à l'établissement de se doter de règles formelles quant à la nouvelle pratique de gestion et de la tenue de dossiers qui se développera avec l'implantation du projet OACIS³. Ce projet est à la fois un défi technologique et un défi en ce qui concerne la pratique.

³ OACIS est un système informatisé intégrateur permettant l'accès à l'ensemble des informations d'un usager.

Évaluation de la capacité d'amélioration

La disponibilité de l'information

La cote de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* est **confirmée**.

Elle dispose des outils pour lui permettre d'évaluer sa performance au regard des dimensions de la qualité. Toutefois, celle-ci n'en fait qu'une utilisation partielle et elle n'est pas proactive dans l'utilisation de ses données. La clinique aurait avantage à inscrire dans sa philosophie de gestion, le recours à des indicateurs de gestion pour mesurer sa performance tant sur le plan de la qualité que de la dispensation des services.

La pertinence de l'analyse

La cote de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* est **confirmée**.

Elle s'est dotée d'une méthode d'analyse en six étapes pour l'élaboration de son plan d'amélioration. Des liens ont été faits entre les différents intrants obtenus dans le cadre de cette démarche (sondages, autoévaluation), par l'analyse de la conjoncture et des perspectives d'avenir de la clinique (plan stratégique). Des cibles du précédent plan d'amélioration ont été transférées dans le plan actuel. Une priorisation des différents objectifs a été réalisée. Les membres de l'équipe d'évaluation ont été associés à l'analyse des résultats de la démarche

La pertinence du plan d'amélioration

La cote de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* est **diminuée**.

L'équipe de coordination a ciblé des objectifs d'amélioration qui sont en lien avec l'analyse des résultats de la démarche d'agrément et avec les visées de leur planification stratégique. La priorisation des objectifs est questionnable. En effet, plusieurs objectifs sont des priorités 1 et d'autres objectifs sont des priorités 2-3-4. Certaines stratégies reviennent à plusieurs reprises puisqu'elles sont reliées à des stratégies ou même à plusieurs objectifs. Cela augmente artificiellement le nombre de stratégies à mettre en œuvre. Enfin, pour plusieurs stratégies, l'indicateur de mesure est le dépôt d'un document alors que dans une perspective d'amélioration de la qualité, ces documents doivent également être diffusés, mis en œuvre et évalués dans leurs effets.

Le réalisme du plan d'amélioration

La cote de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* est **confirmée**.

Le plan d'amélioration contient l'ensemble des actions qui devraient être mises en œuvre pour corriger les situations identifiées dans le processus d'analyse. Cependant, la clinique considère elle-même qu'en considération du contexte actuel de restructuration du réseau de la santé et de services sociaux, il lui est impossible de confirmer que les cibles d'amélioration dégagées et prévues dans le plan auront le même degré de priorité et ou les mêmes échéances au cours des prochains mois.

La capacité d'adaptation

La cote de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* est **confirmée**.

La clinique est une organisation particulière qui a su conserver son identité et sa spécificité depuis plus de 40 ans. Des difficultés internes ont fait en sorte que l'organisation a dû consacrer beaucoup de temps à réorganiser son fonctionnement interne. Le personnel d'encadrement, pendant la même période, a connu une forte mobilité. L'équipe visiteuse constate également que la clinique doit consacrer beaucoup de temps pour élaborer, planifier et implanter un changement organisationnel.

La capacité de mise en œuvre

La cote de la *Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles* est **confirmée**.

Le taux de mise en œuvre de son précédent plan d'amélioration est évalué à 75 %. Plusieurs recommandations du CQA au précédent agrément sont partiellement réalisées. Un mécanisme de suivi de l'implantation du plan d'amélioration sera mis en place sous la gouverne du comité de vigilance. La clinique devra mettre beaucoup d'énergie dans la mobilisation de son personnel pour faire en sorte que le plan d'amélioration soit implanté, notamment au plan de la collaboration et du leadership de l'encadrement. Le contexte du réseau sociosanitaire aura également un impact sur la mise en œuvre du plan.

SECTION 3

Les recommandations du CQA

Les recommandations

Le CQA adresse une recommandation à l'organisation lorsque cette dernière ne répond pas de manière satisfaisante à une exigence (obligation légale ou critère) du cadre normatif jugée importante et nécessaire pour se conformer aux normes d'agrément et aux objectifs liés à la qualité des services.

Une recommandation peut être contraignante :

- lorsque la sécurité, la santé ou le bien-être des usagers risquent d'être compromis;
- lorsque l'organisation n'a pas réalisé l'actualisation d'une recommandation de l'agrément précédent;
- lorsqu'un élément ou une incidence sur la gestion de l'organisation, sur la gouvernance ou sur la gestion du personnel compromet la qualité des services à court terme et la poursuite de l'amélioration continue de la qualité.

La recommandation est alors accompagnée d'une échéance.

Conséquemment, dans sa reddition de compte, l'organisation devra transmettre au CQA la documentation afférente à l'actualisation de la recommandation, accompagnée d'une résolution du conseil d'administration ou de la plus haute instance de l'organisation, l'entérinant.

Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 19 mars 2012

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p>Processus n° 2 concernant la détermination et la configuration des programmes et des services à offrir</p> <p>Préparer son plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique et de le réviser aux trois ans en y précisant, notamment les structures, les rôles et responsabilités, les mécanismes de coordination et de supervision (<i>art.183, LSSS</i>).</p>			X
<p>Processus n° 3 concernant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle</p> <p>S'assurer de la relance rapide du comité des usagers (comité de relations avec les citoyens).</p>		X	
<p>Processus n° 5 concernant la gestion des activités de recherche</p> <p>Se doter d'orientations, de politiques et de procédures concernant les activités de recherche.</p> <p>Faire adopter par le conseil d'administration un règlement portant sur l'organisation de la recherche, et en faire rapport au CQA pour le 31 décembre 2012 (<i>art. 106, 505 (6), LSSSS; art.6 (9), ROAE</i>).</p> <p>Se doter d'un comité d'éthique de la recherche ou de conclure une entente de délégation avec un comité existant.</p>	X		X X
<p>Processus n° 6 concernant l'innovation continue dans les pratiques</p> <p>Instituer un conseil multidisciplinaire.</p> <p>Lui confier les responsabilités prévues à la loi envers le conseil d'administration et le directeur général.</p> <p>S'assurer qu'il fasse rapport annuellement au conseil d'administration (<i>art. 226, 227 et 228, LSSSS</i>).</p>			X X
<p>Processus n° 7 concernant la gestion des activités d'enseignement</p> <p>Vérifier les antécédents judiciaires des stagiaires.</p> <p>Se doter d'orientations, de politiques et de procédures concernant les activités d'enseignement.</p> <p>Faire adopter par le conseil d'administration un règlement portant sur l'organisation de l'enseignement, et en faire rapport au CQA pour le 31 décembre 2012 (<i>art. 106, 505 (6), LSSSS; art.6 (9), ROAE</i>).</p>	X		X

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
Adopter un règlement sur le délai accordé aux médecins ou aux autres membres du personnel clinique pour compléter le dossier d'un usager après les derniers services fournis (<i>art. 106, 505 (6), LSSSS; art.6 (21) et (22), ROAE</i>).	X		
Processus n° 26 concernant la prestation d'interventions sécuritaires	X		
Rédiger et mettre en place un protocole relié à la postexposition au sang et aux autres liquides biologiques et en faire rapport au CQA pour le 30 juin 2012 .			
Procéder à une recension des risques et d'une identification des risques potentiels.		X	
Définir et clarifier les procédures entourant la déclaration d'événements indésirables et s'assurer de leur appropriation par le personnel.			
Élaborer un règlement sur la divulgation et procéder à une mise à jour des connaissances du personnel à ce sujet.	X		
Et faire rapport sur ces 3 points au CQA pour le 30 septembre 2012			
S'assurer que le comité de gestion des risques remplit le rôle prévu par la loi concernant son mandat (<i>art.183.2, LSSSS</i>) et en faire rapport au CQA pour le 30 juin 2012 .	X		
Faire adopter, par son conseil d'administration, un règlement prévoyant, en cas d'accident, les mesures de soutien incluant les soins appropriés mis à la disposition d'un usager ou de ses représentants et les mesures permettant de prévenir la récurrence d'un tel accident, et en faire rapport au CQA pour le 30 juin 2012 (<i>art. 183.2, LSSSS</i>).			
Processus n° 27 concernant la gestion de la tenue du dossier de l'usager et la circulation des renseignements personnels	X		
Rédiger et diffuser une directive afin d'établir les conditions et les modalités suivant lesquels les renseignements pourront être communiqués pour prévenir un acte de violence dont un suicide, et en faire rapport au CQA pour le 30 juin 2012 (<i>art. 19.0.1, LSSSS</i>).			
Adopter des règles éthiques et les inclure dans son code d'éthique à l'intention des usagers concernant l'utilisation des renseignements au dossier pour réaliser des sondages ou pour les inviter à verser un don (<i>art. 27.3 et 107, LSSSS</i>).	X		

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p>Concernant la capacité de mise en œuvre</p> <p>Réviser son plan d'amélioration et ses priorités afin d'intégrer les recommandations faites par le CQA, ajuster les échéances prévues au plan d'amélioration afin qu'elles ne soient pas ultérieures à février 2015 et déposer le plan d'amélioration au CQA pour le 30 juin 2012.</p> <p>Déposer annuellement au CQA un bilan des résultats découlant des actions reliées au plan d'amélioration.</p>	X		
<p>En soutien au plan d'amélioration</p> <p>En soutien à l'analyse de l'organisation et afin de la préparer à se conformer, de manière satisfaisante, aux exigences du cadre normatif lors du prochain renouvellement agrément, certains objectifs identifiés dans le plan d'amélioration font l'objet des recommandations suivantes</p>			
<p>Processus n° 1 concernant la détermination des valeurs, la vision et l'engagement qualité</p> <p>Se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, et des personnes qui exercent leur profession dans l'organisation à l'endroit des usagers (<i>art.27.3, 107 et 233, LSSSS</i>).</p> <p>S'assurer de sa diffusion auprès de l'ensemble du personnel et des usagers (<i>art.27.3, 107 et 233, LSSS</i>).</p>	X		
<p>Processus n° 3 concernant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle</p> <p>Élaborer, mettre en place et administrer un système continu d'évaluation de la satisfaction de la clientèle dans la première année de son plan d'amélioration.</p>			X
<p>Processus n° 4 concernant la collaboration avec les partenaires</p> <p>S'assurer que la clinique dispose des outils permettant de confirmer la gestion optimale des ententes avec les partenaires dont l'attribution des responsabilités et les suivis requis.</p>		X	
<p>Processus n° 17 concernant l'appréciation de la contribution individuelle du personnel</p> <p>Prévoir apprécier 100 % de son personnel.</p> <p>Procéder à l'appréciation de l'ensemble de son personnel d'ici le 30 juin 2013 et de manière continue.</p>			X

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p>Processus n° 23 concernant la planification des interventions et la dispensation des services</p> <p>S'assurer que tous les plans d'intervention (PI) et plans de services individualisés (PSI) requis se retrouvent au dossier des usagers (<i>art.102, 103 et 104, LSSSS</i>).</p>		X	
<p>Processus n° 27 concernant la gestion de la tenue du dossier de l'utilisateur et la circulation des renseignements personnels</p> <p>S'assurer que les espaces où se trouvent des informations nominatives, comme les dossiers des usagers, soient constamment sous surveillance ou sous clé, et en faire rapport au CQA pour le 30 juin 2012.</p>	X		
<p>À ce titre, et afin de soutenir l'organisation dans l'atteinte de l'ensemble de ses objectifs d'amélioration, l'organisation pourra acheminer chaque année, au CQA, une copie du bilan de la mise en œuvre de son plan d'amélioration, lui permettant ainsi de bénéficier d'une rétroaction et de conseils en lien avec les exigences de l'agrément.</p>			

**Recommandations du comité de validation du CQA
du 23 février 2015**

Recommandations	Faire rapport au CQA
<p>Processus 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se doter d'un engagement qualité applicable à tous les services de l'organisation et s'assurer de sa diffusion. 	
<p>Processus 2 :</p> <p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer le plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique, le diffuser et s'assurer de sa mise œuvre. ▪ S'assurer de sa révision aux trois ans en y précisant, notamment les structures, les rôles et les responsabilités, les mécanismes de coordination et de supervision (<i>art. 183, LSSSS</i>). ▪ Faire rapport sur l'avancement des travaux au 30 septembre 2015 	30 septembre 2015
<p>Processus 3 :</p> <p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer que le comité des usagers et des membres puisse remplir son mandat tel que prévoit la loi. 	30 juin 2015
<p>Processus 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire adopter, par le conseil d'administration, la politique sur l'organisation de la recherche à titre de règlement tel que le prévoient les articles 106 et 505 (6) de la LSSSS. 	
<p>Processus 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser ses orientations en matière d'innovation et de développement des pratiques et les diffuser à l'ensemble du personnel. <p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer de confier au conseil multidisciplinaire, les responsabilités prévues à la loi envers le conseil d'administration et le coordonnateur général. ▪ Apporter au conseil multidisciplinaire le soutien requis pour assumer ses rôles et ses responsabilités dans l'organisation. ▪ S'assurer que le conseil fasse rapport annuellement au conseil d'administration. (<i>art. 227, 228</i>). 	31 octobre 2015 31 octobre 2015 31 octobre 2015
<p>Processus 9 :</p> <p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terminer le plan d'action triennal concernant l'accueil des employés, la motivation, la valorisation, la mobilité, la relève et l'orientation de carrière (<i>art. 231, LSSSS</i>). 	31 octobre 2015

Recommandations	Faire rapport au CQA
<p>Processus 11 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer les modalités lui permettant de s'assurer du transfert des acquis. 	
<p>Processus 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer, diffuser et mettre en œuvre les politiques et procédures manquantes : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Politique concernant l'aménagement des lieux de façon sécuritaire, agréable et favorisant la protection de l'intimité et de la confidentialité.</i> - <i>Plan de signalisation;</i> - <i>Plan d'entretien préventif des équipements;</i> - <i>Procédure de prévention et de contrôle de transmission des infections (incluant le nettoyage régulier des jouets dans les salles d'attente et de thérapie).</i> 	30 septembre 2015
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se doter d'une procédure d'acquisition des biens et des services (inventaire, système de demandes et accusé de réception, destruction). ▪ Se conformer à l'obligation légale et réglementaire concernant l'environnement sécuritaire, salubre et hygiénique. 	
<p>Processus 14: En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se doter de procédures d'utilisation des clés USB, l'inclure dans la politique sur la sécurité des actifs informationnels, la diffuser, la mettre en œuvre et en assurer le suivi d'application. 	30 avril 2015
<p>Processus 16 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer un plan d'action pour la mise en application de la politique de gestion documentaire. 	30 septembre 2015
<p>Processus 17 : En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser l'évaluation de 100% du personnel d'ici avril 2016 et en faire rapport au CQA. 	30 avril 2016
<p>Processus 22: En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre les moyens nécessaires afin d'assurer le suivi régulier des usagers inscrits sur les listes d'attente. ▪ Faire rapport au CQA sur les mesures mises en place. 	30 septembre 2015

Recommandations	Faire rapport au CQA
<p>Processus 23 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre ses efforts pour que chaque usager qui le requiert ait un plan d'intervention mis à jour dans son dossier. ▪ Faire rapport au CQA sur les mesures mises en place. 	<p>30 septembre 2015</p> <p>30 septembre 2015</p>
<p>Processus 24 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer et mettre en application une procédure de traitement des insatisfactions, la diffuser auprès des usagers et du personnel. 	
<p>Processus 25 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer, diffuser et mettre en application une procédure de mise à jour de l'inventaire des médicaments. 	<p>30 juin 2015</p>
<p>Processus 26 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser le personnel aux risques potentiels dans leur environnement immédiat de travail et d'activité, et ce, tant pour la clientèle que pour le personnel. ▪ Faire rapport au CQA sur les mesures mises en place. 	<p>30 avril 2015</p> <p>30 avril 2015</p>

ANNEXES

Définition des normes d'excellence

10 normes d'excellence

Une norme correspond à une obligation à laquelle une organisation doit se conformer. Dans le processus d'agrément, la norme est un but mesurable, c'est l'expression et la traduction des résultats attendus au regard de la qualité du service qui doivent être rendues à la clientèle, dans le but de répondre à ses besoins.

Formellement la norme se définit comme un ensemble de règles, relatives à des activités ou à des résultats attendus. Ces règles sont établies par consensus d'experts, garantissant un niveau de qualité optimal dans un contexte donné et au regard des services à rendre à la population pour le développement de son bien-être et de sa santé.

Les normes de niveau stratégique

Au nombre de quatre, ces normes couvrent l'ensemble des processus relatifs aux champs stratégiques de l'organisation : vision et engagement qualité, valeurs, projet d'organisation et approche clientèle.

Elles exigent de la part d'une organisation, un effort de transparence dans la déclinaison de ses valeurs fondamentales, de sa vision de l'excellence et dans la formalisation de ses orientations stratégiques.

Les normes de niveau structurel

Au nombre de trois, ces normes fixent le cadre de l'organisation et ses choix structurels dans l'application de ses orientations stratégiques. Par le développement d'une gestion efficiente de ses ressources humaines, de ses ressources matérielles, financières et informationnelles et par l'application d'un plan de communication interne et externe. L'organisation met ainsi en place les moyens nécessaires pour atteindre ses objectifs et répondre, de manière adaptée, aux besoins identifiés de la clientèle.

Les normes de niveau professionnel

Au nombre de trois, ces normes sont relatives aux modalités de production et de gestion des prestations offertes. Elles regroupent l'ensemble des activités décrivant les prestations de services offerts aux clientèles : de l'analyse des besoins à la gestion des services en incluant l'évaluation des résultats et l'analyse des ressources spécifiques utilisées.

Elles exigent de démontrer que l'action est conforme aux engagements de l'organisation et aux références législatives, réglementaires et cliniques constituant le cadre d'intervention.

Définition des processus organisationnels

Les processus organisationnels décrivent l'ensemble des activités qu'une organisation met en œuvre pour répondre aux exigences des normes d'excellence auxquelles elle cherche à se conformer. Les processus contribuent directement : à améliorer sans cesse la qualité des services, dans la réponse apportée aux attentes et aux besoins de la clientèle; à maintenir et à développer la mobilisation du personnel et finalement à augmenter la performance de l'organisation. Leur évaluation repose sur le questionnement suivant : *ce que l'on fait correspond-il à ce qu'on est censé faire et à ce qui est recherché?*

Les processus se déclinent eux-mêmes en critères d'évaluation, qui balisent les actions à mettre en œuvre afin de s'assurer que le processus est bien implanté dans l'organisation. Ces critères ont notamment un rôle important à jouer dans l'évaluation du degré de conformité requis pour être agréé.

Pour être maîtrisé, un processus doit répondre de manière satisfaisante aux quatre qualités normatives qui se définissent comme suit :

Documentation : le processus est appuyé par un support documentaire.

Légalité : le processus est conforme aux exigences légales et réglementaires (ou déontologiques).

Actualisation : le processus tel que décrit est connu et appliqué par le personnel concerné.

Adéquation : le processus est approprié aux fins que l'organisation poursuit et il est complet.

Définition de la capacité d'amélioration

La capacité d'amélioration se définit comme l'aptitude qu'a l'organisation à disposer des moyens nécessaires pour apporter les changements souhaités au fur et à mesure que de tels changements sont jugés comme une *valeur ajoutée pour le client*, un mieux-être ou un mieux faire de l'organisation tout entier ou de l'une ou l'autre de ses parties constituantes.

La capacité d'amélioration est évaluée en fonction des six qualités normatives suivantes :

1. **L'information est disponible**, les données nécessaires à l'évaluation des services et programmes sont présentes dans les systèmes d'information.
2. **L'analyse est pertinente**, elle tient compte des informations et des évaluations dont on dispose.
3. **Le plan d'amélioration est pertinent**, les objectifs et les stratégies retenus sont cohérents avec l'analyse.
4. **Le plan d'amélioration est réaliste**, il est réalisable dans les délais fixés compte tenu des ressources disponibles et de la mobilisation du personnel.
5. **L'organisation est capable d'adaptation**; il a démontré qu'il sait s'ajuster aux circonstances, convertir une contrainte en opportunité.
6. **L'organisation est capable de passer à l'action**, mettre en œuvre ses planifications et donner suite aux recommandations qui lui sont faites.

Définition des indicateurs de la satisfaction de la clientèle **et des dimensions de la qualité**

Relation avec le client

Cet indicateur concerne la relation qui s'établit entre le personnel et l'utilisateur. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.

Respect	Considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à nous conduire envers elle avec réserve et retenue. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif à la vie privée de l'utilisateur. Le respect sous-tend également une acceptation de la différence.
Confidentialité	Protection des renseignements personnels assurée par un environnement et des attitudes garantissant leur non-divulgaration à des personnes non autorisées.
Empathie	Attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive du client, une considération de la globalité de la personne.
Accessibilité	Qualité assurant la disponibilité des services et leur accès aux services sur le plan de la géographie, des installations physiques, des heures d'ouverture, de la langue et de la culture.

Prestation professionnelle

Cet indicateur, qui touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins des usagers par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.

Fiabilité	Aptitude d'un système à garantir à chaque usager l'utilisation de pratiques diagnostiques et thérapeutiques sécuritaires et au moindre risque, assurant le meilleur résultat en matière de santé et de bien-être, conformément à l'état actuel des connaissances et pour la plus grande satisfaction de l'utilisateur, tant sur le plan des procédures que des résultats ou encore des contacts humains à l'intérieur du système de santé et de services sociaux.
Responsabilisation	Action destinée à accroître l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne.
Apaisement	Attitude propre à calmer, à rassurer une personne et à lui procurer une tranquillité d'esprit, un sentiment de sécurité et de confiance.
Solidarité	Action destinée à impliquer, de près ou de loin, l'entourage de l'utilisateur (sa famille, ses proches, etc.) dans l'organisation et la prestation de services.

Organisation des services

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

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

Définition des indicateurs de la mobilisation du personnel

Réalisation	La réalisation fait référence aux besoins les plus élevés d'un individu. Les employés les plus créatifs recherchent, dans leur environnement de travail, des occasions de changer des choses, d'innover, d'inventer et de créer. ⁴
Implication	Une organisation n'implique pas une personne, elle s'implique elle-même en agissant dans le sens des buts et des valeurs poursuivis par l'organisation. Cela suppose une compatibilité entre les choix de vie et les valeurs de l'individu, avec celle de l'organisation. L'implication se traduit par un engagement de la personne dans ce qu'elle fait
Collaboration	La collaboration témoigne de la présence d'un esprit d'équipe ou d'une capacité à travailler en équipe. Elle résulte d'un développement d'attitudes et de comportements spécifiques, permettant aux individus d'œuvrer de façon continue en situation d'interdépendance.
Soutien	Le soutien fait référence aux notions de «coaching», de supervision et de valorisation des employés et des membres des équipes. Il implique que les gestionnaires fournissent les ressources adéquates, l'entraînement nécessaire à l'atteinte des résultats attendus et la reconnaissance des efforts accomplis.
Communication	Un employé sera d'autant plus mobilisé qu'il comprend ce qu'on attend de lui et s'il sent que l'organisation est à l'écoute de ses préoccupations et s'efforce d'y répondre. Il est donc essentiel qu'il y ait une bonne circulation de l'information ainsi qu'un échange entre la direction et les employés dans un esprit d'honnêteté et de transparence.
Leadership	Aptitude d'une personne ou d'un groupe à exercer une influence dominante sur d'autres personnes ou groupes en obtenant leur adhésion active à des idées, des orientations, des projets ou d'autres actions sociales.

⁴ Kélada, Joseph N., op. cit.

Lexique

- ¹ Par **engagement qualité**, le CQA entend l'implication formelle du conseil d'administration et de la direction générale dans la mise en place et à l'animation d'un système qualité au sein de l'organisation par la détermination et l'adoption notamment, des orientations quant à l'amélioration continue de la qualité des services de l'organisation.
- ² **Comité éthique de la recherche** : En vertu de article 21 du *Code civil du Québec* (C.c.Q.), les projets de recherche qui impliquent des mineurs et des majeurs inaptes ou dont l'inaptitude est subite doivent obligatoirement être approuvés et suivis par un comité d'éthique de la recherche (CÉR). (ethique-msss.gouv.qc.ca).
- ³ Par « **actif informationnel** », on entend une banque d'information électronique, un système d'information, un réseau de télécommunication, une technologie de l'information, une installation ou un ensemble de ces éléments.
- ⁴ Par « **ressources associées** » le CQA entend les responsables RI/RTF, les bénévoles, les agents de sécurité et toute autre ressource avec laquelle une entente contractuelle a été conclue.
- ⁵ La **supervision clinique** inclut l'appréciation de l'acte professionnel et l'évaluation des interventions cliniques, entre autres par les différents conseils professionnels. Il est donc ici question des intervenants cliniques. La notion de supervision clinique fait référence à l'accompagnement professionnel des intervenants ayant pour but de les aider à développer leur capacité d'intervention clinique auprès des usagers. La notion d'encadrement clinique fait référence aux résultats attendus en termes de productivité et de performance du travail des intervenants cliniques. Ces deux types d'accompagnement nécessitent parfois deux accompagnateurs différents, mais sont, dans la réalité, souvent offerts par la même personne bien qu'il s'agisse de deux contextes différents.
- ⁶ Le terme **bénévole** réfère aux personnes œuvrant directement auprès de la clientèle, sans obligation et sans rémunération. Ainsi, les bénévoles siégeant au conseil d'administration de l'organisation ne sont pas visés par ce processus, mais ceux qui sont assignés au transport ou à l'accompagnement des usagers dans une activité quelconque le sont.