
Rapport d'agrément
Clinique communautaire de
Pointe Saint-Charles

19 mars 2012

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

Table des matières

Introduction

Le Conseil québécois d'agrément	2
Le modèle d'agrément.....	3

SECTION 1

Les résultats de la *Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles*

Mise en contexte	5
Synthèse des principales forces et principaux défis	5
Les résultats obtenus	7

SECTION 2

La décision d'agrément pour la *Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles*

Niveau de conformité aux trois règles de certification d'agrément	14
---	----

SECTION 3

Évaluation détaillée de l'équipe visiteuse

Évaluation des normes et des processus	23
Évaluation de la capacité d'amélioration	49

SECTION 4

Les recommandations

Les recommandations du CQA	54
Les suggestions de l'équipe visiteuse	59
Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 10 février 2009	60

ANNEXES

Principales définitions.....	61
Lexique.....	64

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 agréé 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 la clientèle;
- 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.

Voici donc, en un coup d'œil :

- le modèle d'agrément du CQA,
- les résultats de l'organisation sous forme de tableaux,
- la décision d'agrément,
- les résultats détaillés du rapport d'agrément.

Le modèle d'agrément du CQA

Résultats

⇒ Satisfaction de la clientèle

- 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)
- Norme conforme 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
- Évalué 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 de la *Clinique communautaire de
Pointe Saint-Charles*

SECTION 1

Les résultats de la *Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles*

Mise en contexte

La *Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles* s'est engagée dans une démarche pour le renouvellement de son agrément en février 2011. Une équipe a été constituée pour l'évaluation des 26 processus.

La visite, qui s'est déroulée du 20 au 23 février 2012, a permis à l'équipe visiteuse de rencontrer toutes les instances, comités et équipes concernés par l'amélioration continue de la qualité ainsi que de visiter les deux points de service de la rue Ash et de la rue Centre.

Synthèse des principales forces et des principaux défis de la *Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles*

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

Les principales forces

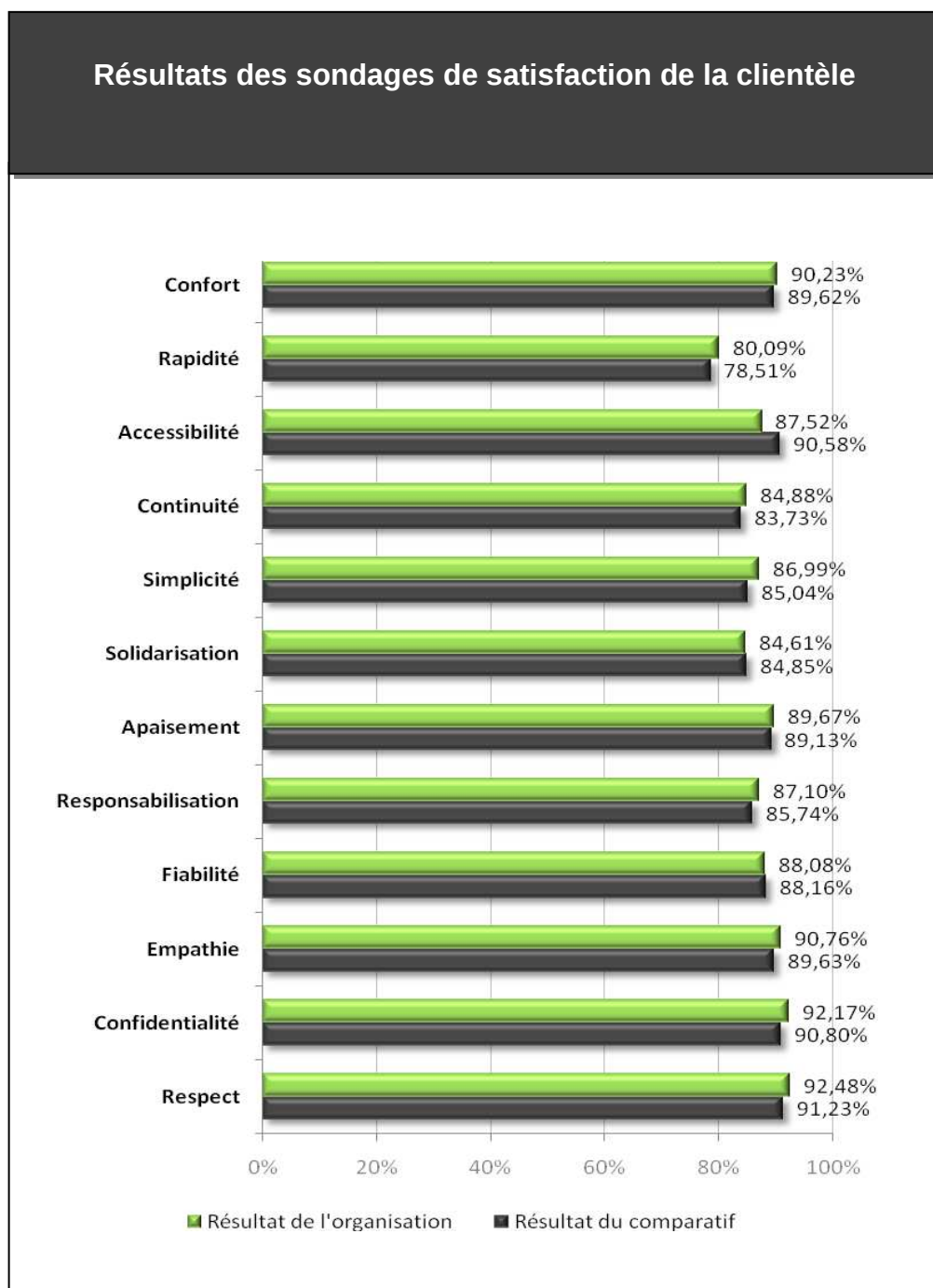
- Un engagement important du conseil d'administration et de la population dans le développement de « sa » clinique.
- Une grande préoccupation pour l'accessibilité des services.
- Un engagement à tous les niveaux de l'organisation sur des valeurs de participation citoyenne, d'autonomie et de défense des droits des usagers, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables.
- Une organisation attentive à réviser sa mission et ses engagements, en impliquant son milieu, et ce, à la lumière d'un nouveau contexte socioéconomique et culturel.

Les principaux défis

- Développer une approche globale en gestion des ressources humaines afin de favoriser la rétention des ressources humaines.
- Consolider la collaboration au sein des équipes et entre les équipes.
- Développer une culture de gestion des risques et une meilleure coordination des actions s'y rapportant.
- Se doter d'indicateurs de gestion permettant d'évaluer l'offre de services au regard de la pertinence et de l'efficience afin notamment de faire valoir l'imputabilité de gestion.

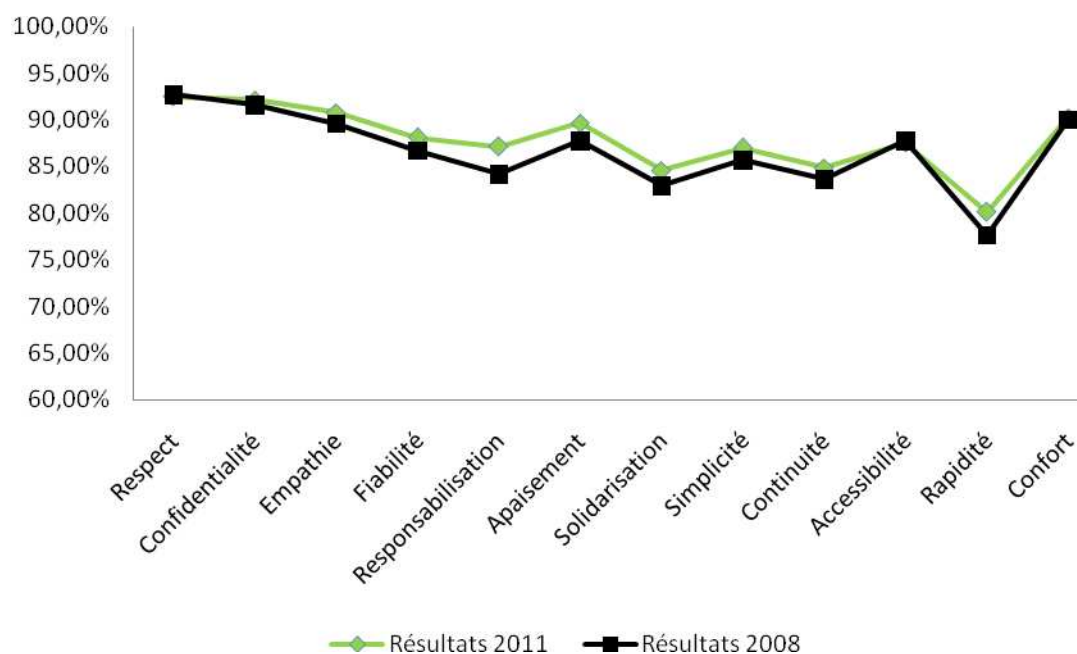
Résultats obtenus pour la satisfaction de sa clientèle

357 entretiens téléphoniques ont été réalisés afin de connaître le degré de satisfaction de la clientèle. Les résultats des trois indicateurs (*prestation professionnelle, organisation des services et relation avec le client*¹) se situent à l'intérieur des limites du comparatif.

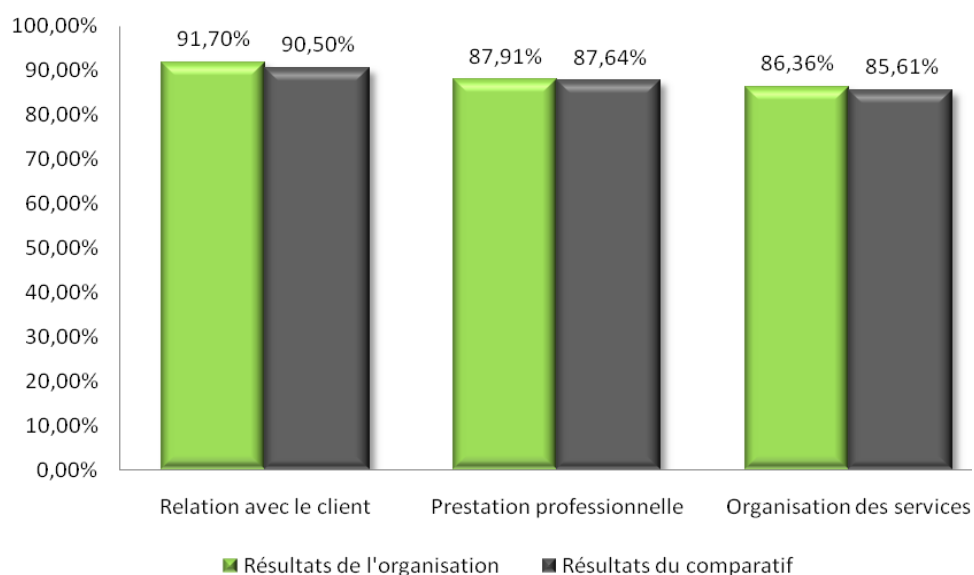


¹ Définitions en annexe

Comparatif des résultats des sondages de satisfaction de la clientèle avec ceux de l'agrément précédent

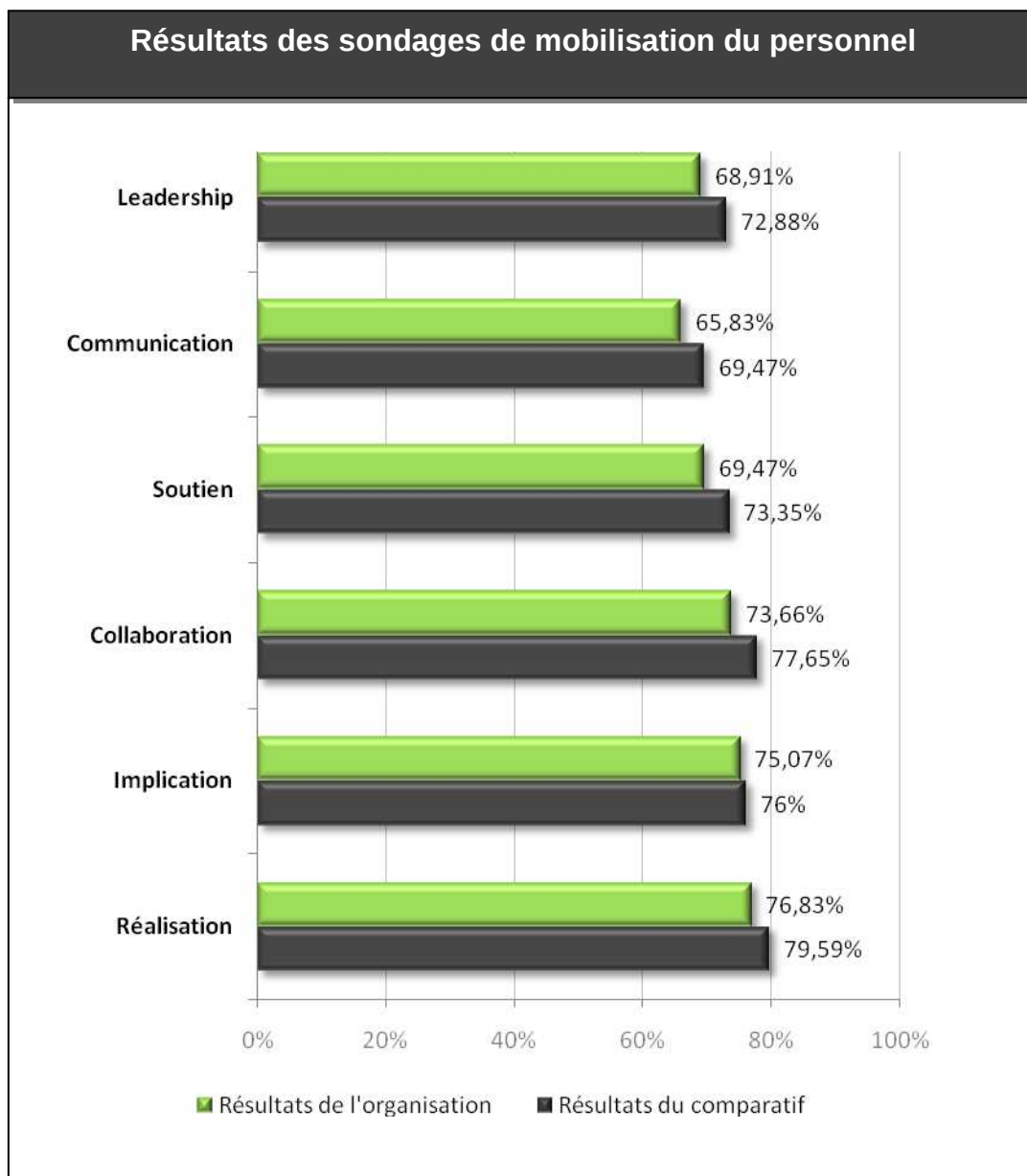


Résultats des sondages de satisfaction de la clientèle selon les 3 indicateurs clientèles

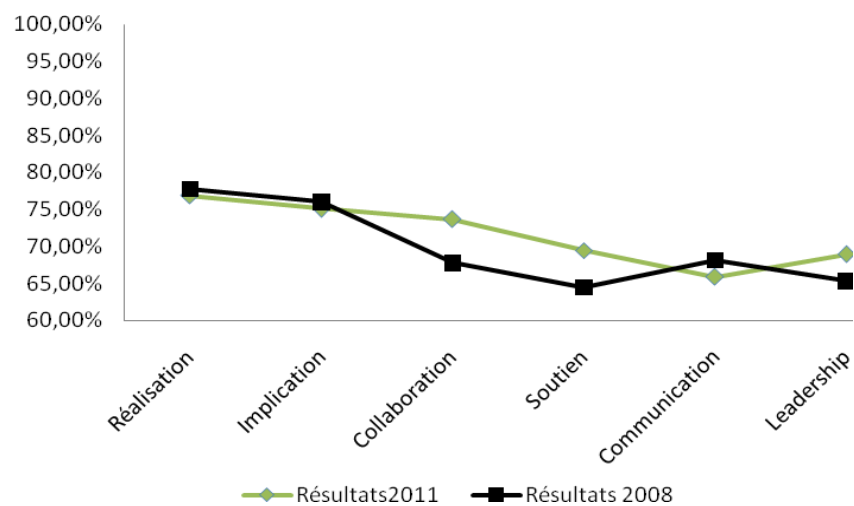


Résultats obtenus pour la mobilisation de son personnel

Le sondage réalisé auprès de l'ensemble du personnel de la *Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles* s'est déroulé du 2 au 19 mai 2011. Des 100 questionnaires distribués, 62 ont été complétés ce qui donne un taux de réponse global de 62 %.



Comparatif des résultats des sondages de mobilisation de personnel avec ceux de l'agrément précédent



Résultats de l'évaluation des processus organisationnels

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

Résultat pour la capacité d'amélioration

La Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles maîtrise les six qualités normatives sous l'angle de la 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	Très bien maîtrisée
Réalisme du plan d'amélioration	Très bien maîtrisé
Capacité d'adaptation	Maîtrisée
Capacité de mise en œuvre	Maîtrisée

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'il sait s'adapter aux circonstances, convertir une contrainte en opportunité.
Capacité de mise en œuvre :	l'organisation est capable de passer à l'action.

SECTION 2

La décision d'agrément

,

SECTION 2

La décision d'agrément

Niveau de conformité aux trois règles de certification d'agrément

Telle que prescrite par le CQA, la décision d'agrément est prise à partir des résultats suivants :

- l'organisation doit obtenir des résultats satisfaisants aux deux secteurs : satisfaction de la clientèle et climat organisationnel. L'organisation maîtrise un secteur lorsque 66 % des résultats sont comparables ou supérieurs à ceux du groupe de référence;
- l'organisation doit démontrer qu'elle se conforme, de manière satisfaisante aux 3 normes de niveau professionnel et à 4 des 7 normes de niveau stratégique et structurel. Au total, elle doit se conformer à 70 % des normes d'excellence. Le niveau de conformité à la norme est jugé satisfaisant lorsque l'évaluation de l'ensemble des processus témoigne que 3 des 4 qualités normatives sont maîtrisées;
- l'organisation doit démontrer qu'elle satisfait aux 6 qualités normatives relatives à la capacité d'amélioration.

La satisfaction de la clientèle

CONSIDÉRANT que la *Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard de la satisfaction de la clientèle,

Degré de satisfaction de la clientèle de la
Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles
pour chacun des indicateurs « clientèle »

Indicateur de la satisfaction de la clientèle	Résultat %	Cote
Relation avec le client	91,70	2
Prestation professionnelle	87,91	2
Organisation des services	86,36	2

La mobilisation du personnel

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,

Degré de mobilisation du personnel de la
Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles
pour chacun des indicateurs

Indicateur mesurant le degré de mobilisation du personnel	Résultat %	Cote
Réalisation	76,83	2
Implication	75,07	2
Collaboration	73,66	2
Soutien	69,47	2
Communication	65,83	2
Leadership	68,91	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.

Les 10 normes d'excellence

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

	Normes d'excellence		Niveau de conformité		
			Tout à fait conforme	Conforme	Non conforme
Stratégique	Norme I	Une vision, des valeurs et un engagement qualité		X	
	Norme II	Une offre concertée de service		X	
	Norme III	Une interaction continue avec le milieu		X	
	Norme IV	Des stratégies d'innovation et de développement			X
Structurel	Norme V	La mobilisation et la valorisation des ressources humaines		X	
	Norme VI	Une gestion efficiente des ressources financières, matérielles et informationnelles		X	
	Norme VII	Le plan de communication		X	
Professionnel	Norme VIII	La gestion du personnel et des ressources associées		X	
	Norme IX	La qualité dans l'organisation des prestations de services		X	
	Norme X	La sécurité des interventions		X	

La capacité d'amélioration

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

	Tout à fait conforme	Conforme	Non conforme
capacité d'amélioration		X	

CERTIFICAT D'AGRÉMENT



SECTION 3

Évaluation détaillée

SECTION 3

Évaluation détaillée

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 doit être rendu 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 notamment, 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 la mise en œuvre 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.

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-t-il à ce qu'on est sensé 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 agréée.

Pour être maîtrisé, un processus doit répondre de manière satisfaisant 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.

Évaluation de la conformité aux 10 normes d'excellence pour la *Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles*

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

Les observations et les analyses qui sont à la base des jugements portés par l'équipe visiteuse ont permis de confirmer ou d'infirmier l'autoévaluation de l'établissement. Sur les 97 cotes résultant de l'évaluation globale des processus organisationnels aux quatre qualités normatives et servant à établir le niveau de conformité aux normes d'excellence, 28 sont évaluées différemment. 13 cotes (13,4 %) ont été majorées et 15 (15,5 %) ont été diminuées, affectant le niveau de conformité de 1 norme sur 10.

L'évaluation détaillée qui suit présente, pour chaque norme et chaque processus, les principaux éléments sur lesquels reposent les écarts entre l'évaluation effectuée par l'organisation et celle effectuée par l'équipe visiteuse.

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	CONFORME

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de cette qualité normative. La *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* dispose, entre autres, d'un code de relations avec les citoyens mais celui-ci n'est pas complet car l'énoncé qualité, l'engagement dans une démarche d'amélioration continue ainsi que les valeurs sont dispersés dans différents documents.

Actualisation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de cette qualité normative car elle a constaté que les valeurs, la vision et l'engagement qualité sont très intégrés et partagés par le personnel. Ils sont présents et actualisés dans les relations avec la clientèle.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative.

Légalité

L'équipe visiteuse **diminue** la cote de cette qualité normative. La *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* dispose d'un code des relations avec les usagers mais ce dernier est incomplet au regard des exigences réglementaires prévues à l'alinéa (b). En appui aux objectifs inscrits au plan d'amélioration, l'équipe visiteuse recommande à l'organisation de :

- 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 (art.27.3, 107 et 233, LSSSS);
- s'assurer de sa diffusion auprès de l'ensemble du personnel et des usagers (art.27.3, 107 et 233, LSSSS).

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.	CONFORME

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 2 Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle	MAÎTRISÉ

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les trois qualités normatives : *documentation, actualisation et adéquation*.

Légalité

L'équipe visiteuse **diminue** la cote de ce processus car, bien que l'on puisse retrouver certains éléments d'un plan d'organisation dans le projet de la Clinique, elle ne dispose pas d'un plan d'organisation qui rassemble tant les éléments administratifs, professionnels que scientifiques, et ce tel que requis par une obligation légale (*alinéa i*).

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **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 (art.183, LSSS).**

L'équipe visiteuse considère que l'obligation légale concernant la contribution au projet clinique de l'instance locale (*alinéa c*) s'applique à l'organisation et elle a pu constater que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* s'y conforme.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle	MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse **diminue** la cote de ce processus car elle a pu constater que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* ne dispose pas d'un système continu d'évaluation de la satisfaction de la clientèle bien que certaines activités d'évaluation sont réalisées.

En appui à l'objectif inscrit au plan d'amélioration, le Conseil d'agrément recommande à l'organisation d' :

- **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.**

Adéquation

L'équipe visiteuse **diminue** la cote attribuée à cette qualité normative car elle a constaté que le comité de relations avec les citoyens, qui fait office de comité des usagers, est présentement inactif.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **s'assurer de la relance rapide du comité des usagers (comité de relations avec les citoyens).**

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les deux qualités normatives : *actualisation et légalité*.

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.	CONFORME

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 4 Collaborer avec les partenaires	MAÎTRISÉ

Adéquation

L'équipe visiteuse reconnaît le caractère particulier de la Clinique vu son statut, son historique et ses liens étroits avec ses partenaires communautaires. Toutefois, elle **diminue** la cote attribuée à cette qualité normative car elle a été en mesure de constater que les ententes avec les partenaires n'étant pas centralisées, cela entraîne notamment une méconnaissance des ententes par le personnel. De plus, l'identification de responsables des ententes n'étant pas systématiques, cela entraîne également un manque de suivi dans l'application, dans les mises à jour et dans les renouvellements de ces ententes.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- 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.

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les trois qualités normatives : *documentation, actualisation et légalité*.

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.	NON CONFORME

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 5 Gérer les activités de recherche ²	NON MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote attribuée à cette qualité normative. Elle a pu constater que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* ne dispose pas d'orientation, ni de politiques et procédures concernant les activités de recherche.

En conséquence, et en lien avec l'obligation réglementaire concernée (page 28 du présent rapport), le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- se doter d'orientations, de politiques et de procédures concernant les activités de recherche.

Par ailleurs, l'équipe visiteuse a constaté que, bien que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* permet la réalisation de projets de recherche, elle ne dispose pas d'un comité d'éthique de la recherche et n'a pas d'entente avec un comité existant.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- se doter d'un comité d'éthique de la recherche ou de conclure une entente de délégation avec un comité existant.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour cette qualité normative.

Adéquation

L'équipe visiteuse **diminue** la cote d'évaluation attribuée à cette qualité normative car elle a pu constater que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* n'a pas identifié les besoins des services et du personnel pouvant faire l'objet d'activités de recherche et n'a pas élaboré de plan de réalisation ni de priorité.

Légalité

L'équipe visiteuse **diminue** la cote attribuée à cette qualité normative car elle a pu constater que, malgré une recommandation dans le rapport d'agrément de février 2009, la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* n'a pas fait adopter un règlement requis par le conseil d'administration concernant l'organisation de la recherche dans l'organisation.

et le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **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 (art. 106, 505 (6), LSSSS; art.6 (9), ROAE).**

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

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de ce processus. Elle a constaté que le conseil multidisciplinaire n'a pas été constitué dans la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* conformément à l'obligation légale s'appliquant en la matière (*alinéa a*).

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation d' :

- **instituer un conseil multidisciplinaire;**
- **lui confier les responsabilités prévues à la loi envers le conseil d'administration et le directeur général;**
- **s'assurer qu'il fasse rapport annuellement au conseil d'administration (art.226, 227 et 228, LSSS).**

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les trois qualités normatives : *documentation, actualisation et adéquation*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 7 Gérer les activités d'enseignement	MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse **diminue** la cote attribuée à cette qualité normative. Elle a pu constater que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* ne dispose pas d'orientation, ni de politiques et procédures concernant les activités d'enseignement.

En conséquence, et en lien avec l'obligation réglementaire concernée (page 30 du présent rapport), le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **se doter d'orientations, de politiques et de procédures concernant les activités d'enseignement.**

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour cette qualité normative.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation de cette qualité normative car elle a constaté que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* ne procède pas à une vérification des antécédents judiciaires des stagiaires accueillis dans ses services.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **vérifier les antécédents judiciaires des stagiaires.**

L'équipe visiteuse suggère également à la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* de mettre à profit ses spécificités historiques et son modèle original d'intervention communautaire pour mieux intéresser les milieux de l'enseignement et de la recherche à s'impliquer davantage dans l'organisation.

Légalité

L'équipe visiteuse a constaté que, malgré une recommandation dans le rapport d'agrément de février 2009, la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* n'a pas fait adopter un règlement requis par le conseil d'administration concernant l'organisation de l'enseignement dans l'organisation.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **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 (art. 106, 505 (6), LSSSS; art.6 (9), ROAE).**

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.	CONFORME

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

Documentation

L'équipe visiteuse a constaté que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* dispose de toute la documentation requise pour ce processus et elle **rehausse** la cote de cette qualité normative. L'équipe visiteuse encourage la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* dans l'affirmation de plus en plus grande de son approche de gestion participative sans perdre de vue l'imputabilité que cela comporte. De plus, elle rappelle l'importance du défi de développer une approche globale en gestion des ressources humaines afin de favoriser la rétention des ressources humaines.

Légalité

L'équipe visiteuse diminue la cote de cette qualité normative car elle a constaté que, malgré une recommandation dans le rapport d'agrément de février 2009, la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* n'a pas fait adopter un règlement requis par le conseil d'administration qui établit des mesures règlementaires afin de prévenir et faire cesser tout conflit d'intérêt ainsi que les normes applicables en matières d'exclusivité de service (*alinéa c*).

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **faire adopter par le Conseil d'administration, un règlement en vue de prévenir ou faire cesser tout conflit d'intérêt, dont, entre autres, pour déterminer les normes applicables à un cadre supérieur ou un cadre intermédiaire en matière de conflit d'intérêt, de même que les normes applicables en matière d'exclusivité de service, et en faire rapport au CQA pour le 31 décembre 2012 (art. 234 et 235, LSSSS).**

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les deux qualités normatives : *actualisation et adéquation*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 9 Gérer et valoriser les ressources humaines	MAÎTRISÉ

Adéquation

L'équipe visiteuse a constaté que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* ne s'assure pas de vérifier l'intégrité des nouveaux employés.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **prendre les moyens afin de s'assurer de l'intégrité des nouveaux employés notamment par la vérification des antécédents judiciaires.**

Légalité

L'équipe visiteuse confirme la cote de cette qualité normative et a constaté que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* est en cours de rédaction d'un plan d'action triennal qui contient, entre autres, des mesures relatives à l'accueil des employés, à la motivation, la valorisation, la mobilité, la relève et l'orientation de carrière.

En appui avec la démarche en cours, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **compléter son 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).**

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les deux qualités normatives : *documentation et actualisation*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 10 Encadrer les équipes de travail	MAÎTRISÉ

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les trois qualités normatives : *documentation, actualisation et adéquation*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 11 Développer les connaissances et les compétences du personnel	TRÈS BIEN MAÎTRISÉ

Commentaire général

L'équipe visiteuse a pu constater pendant la visite que ce processus est très bien maîtrisé et ce, en regard des quatre qualités normatives. Elle a constaté que la documentation est présente, complète et à jour, que les orientations, moyens et procédures de contrôle sont connus, appliqués, complets et appropriés. Elle **rehausse** trois des quatre qualités normatives soit la documentation, l'actualisation et l'adéquation et elle **confirme** la cote attribuée à la légalité.

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	CONFORME

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 12 Gérer les ressources financières	MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de cette qualité normative car a constaté que la documentation de ce processus était complète et à jour.

Actualisation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de cette qualité normative car elle a constaté que la gestion des ressources financières était très bien maîtrisée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles*.

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les deux qualités normatives : *adéquation et légalité*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 13 Gérer les ressources matérielles	MAÎTRISÉ

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les quatre qualités normatives de ce processus: *documentation, actualisation, adéquation et légalité*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 14 Gérer les ressources informationnelles ³	MAÎTRISÉ

Adéquation

L'équipe visiteuse a constaté que la majorité des éléments touchant la sécurité ont été mis en place et que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* respecte les directives ministérielles en matière de sécurité informationnelle. Toutefois, l'équipe visiteuse a constaté certaines lacunes concernant l'utilisation des clés USB sans l'encadrement requis, l'appropriation partielle par le personnel des règles de sécurité informatiques et d'améliorations à apporter à la sécurité de la salle des serveurs informatiques.

Entre autres, l'équipe visiteuse a constaté à deux reprises, au cours de sa visite, que la porte d'accès à la salle des serveurs informatiques a été laissée ouverte et sans surveillance. Bien que ces événements ont été signalés à la l'organisation, les mesures énergiques, qu'une telle situation auraient dû entraîner, ne semblent pas avoir été mises en place.

En conséquence, le Conseil québécois recommande à l'organisation de :

- **inclure le contrôle de l'utilisation des clés USB dans ses politiques et procédures de sécurité informatique;**
- **mettre en place une procédure afin de s'assurer que l'ensemble de son personnel a pris connaissance des règles émises par l'organisation concernant la sécurité informatique;**
- **mettre en place l'ensemble des mesures prévues à l'audit de sécurité de la salle des serveurs informatiques réalisée en juin 2011 et de prendre les mesures requises pour éviter que des événements semblables à ceux constatés lors de la visite par les évaluateurs ne se reproduisent pas;**

- réviser les procédures et responsabilités du personnel utilisant la salle des serveurs informatiques;
- diffuser et s'assurer du respect des procédures concernant la salle des serveurs informatiques par l'ensemble du personnel et faire rapport sur ces mesures au CQA d'ici le 30 juin 2012.

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les trois qualités normatives : *documentation, actualisation et légalité*.

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.	CONFORME

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 15 Concevoir et mettre en œuvre le plan de communication	MAÎTRISÉ

Adéquation

L'équipe visiteuse a pu constater que les consignes concernant l'affichage ne sont pas toujours respectées et que cela entraîne une très grande utilisation de moyen et nuit à son efficacité. L'équipe visiteuse suggère donc à la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* de s'assurer du respect des consignes dans les deux points de service.

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les trois qualités normatives : *documentation, actualisation et légalité*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 16 Assurer la gestion de la documentation et des informations internes	MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse a pu constater que la documentation est présente, complète et à jour et elle **rehausse** la cote attribuée à cette qualité normative.

Actualisation

L'équipe visiteuse a pu constater que la gestion de la documentation et des informations internes n'était pas optimale car il y a de la dispersion et que les outils de recherche documentaire sont peu développés. Le fonctionnement n'est complètement actualisé. L'équipe visiteuse suggère à la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* de mettre à la disposition de son personnel, des outils de recherche facilitant le repérage et l'utilisation de la documentation et des informations internes.

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les trois qualités normatives : *adéquation et légalité*.

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.	CONFORME

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 17 Apprécier la contribution individuelle du personnel	MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse a constaté que la documentation de ce processus est présente, complète et à jour et elle **rehausse** la cote attribuée à cette qualité normative.

Actualisation

L'équipe visiteuse **diminue** la cote attribuée à cette qualité normative. Elle a constaté que le pourcentage d'employés et de cadre ayant eu une appréciation de leur contribution demeure faible et très en dessous des objectifs fixés dans le précédent plan d'amélioration. Plusieurs faits expliquent cette situation, dont le roulement élevé de personnel cadre. Toutefois, l'équipe visiteuse se questionne sur l'objectif de 50% du personnel en septembre 2012 comme finalité dans le plan d'amélioration, alors que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* devrait plutôt viser atteindre 100% de son personnel sur une plus longue période.

En conséquence et en appui avec l'objectif du plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **prévoir apprécier 100% de son personnel;**
- **procéder à l'appréciation de l'ensemble de son personnel d'ici le 30 juin 2013 et de manière continue par la suite.**

Adéquation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de cette qualité normative car elle a constaté que ce processus est complet et approprié. Elle souligne que de nombreux commentaires positifs du personnel ont été faits sur la pertinence du système en place.

Légalité

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour cette qualité normative.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 18 Superviser et encadrer les intervenants sur le plan clinique ⁵	MAÎTRISÉ

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les trois qualités normatives : *documentation et actualisation*.

Adéquation

L'équipe visiteuse tient à souligner la qualité du travail accompli particulièrement en regard de l'encadrement des intervenants en soins infirmiers. Elle a pu constater que les outils mis à la disposition de ce personnel permettent une plus grande autonomie professionnelle et contribuent ainsi, à l'amélioration des services aux usagers.

Légalité

L'équipe visiteuse constate que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* n'a pas institué un conseil multidisciplinaire mais les recommandations concernant les obligations légales relatives à ce processus (art. 226, 227 et 228, LSSSS) ont déjà été traitées au processus n° 6.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 19 Gérer les ressources intermédiaires et les ressources de type familial	SANS OBJET

Commentaire général

Le processus sur les ressources intermédiaires et les ressources de type familial ne s'applique pas car la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* ne gère pas ce type de ressources.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 20 Gérer les ressources bénévoles ⁶	SANS OBJET

Commentaire général

L'équipe visiteuse reconnaît le travail effectué par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* afin d'évaluer le processus portant sur la gestion des ressources bénévoles. Toutefois, elle considère que les différents éléments décrivant ce processus s'appliquent davantage au processus n° 4 sur la collaboration avec les partenaires, notamment par les ententes passées entre l'organisation et des organismes responsables de bénévoles. Ainsi, comme la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* ne gère pas directement de ressources bénévoles, ce processus est considéré comme sans objet pour la présente démarche d'agrément et, afin de ne pas la pénaliser, l'équipe visiteuse n'a pas tenu compte de ce processus dans l'évaluation de la norme VIII portant sur la gestion du personnel et des ressources associées.

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.	CONFORME

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 21 Accueillir, traiter et orienter les demandes de services	MAÎTRISÉ

Légalité

Aussi, l'équipe visiteuse a constaté que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* ne dispose pas d'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 tel que requis par une obligation légale, alinéa (e).

En conséquence, le conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **faire adopter par le Conseil d'administration 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 (art. 106, 505 (6), LSSSS; art.6 (21) et (22), ROAE).**

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les trois qualités normatives : *documentation, actualisation et adéquation*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 22 Gérer les listes d'attente	MAÎTRISÉ

Adéquation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote attribuée à cette qualité normative car elle a constaté qu'il n'y a aucune attente pour les services de la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* sauf pour obtenir un rendez-vous médical.

En lien avec les commentaires à cet effet dans le précédent rapport de la visite d'agrément de 2009, et en lien le caractère exceptionnelle de ce constat, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **faire une réflexion sur les besoins non exprimés par la population du territoire et qui pourraient être répondus par la Clinique.**

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les deux qualités normatives : *documentation et actualisation*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 23 Planifier les interventions et dispenser les services	MAÎTRISÉ

Actualisation

Au regard de ce processus, l'équipe visiteuse a constaté que plusieurs plans d'intervention (PI) et plans d'intervention interdisciplinaires (PII) ne sont pas présents dans les dossiers, qu'il y a très peu de plans de services individualisés (PSI) et que parfois les PI et PII ne sont pas signés et que les mécanismes de révision sont parfois confus. Elle a aussi constaté que la politique sur les plans d'intervention date de 2007. En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **procéder à la mise à jour de la politique sur les plans d'intervention;**
- **s'assurer que tous les plans d'intervention (PI) et plans de services individualisés (PSI) requis se retrouvent au dossier des usagers (art. 102, 103 et 104, LSSSS).**

Adéquation

L'équipe visiteuse **diminue** la cote attribuée à cette qualité normative en tenant compte des difficultés constatées dans la mise à jour et les suivis des plans d'intervention.

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les deux qualités normatives : *documentation et légalité*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 24 Gérer les insatisfactions et les plaintes de la clientèle	MAÎTRISÉ

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les quatre qualités normatives de ce processus : *documentation, actualisation, adéquation et légalité*.

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 et l'application optimale des différents cadres de références reconnus qui les balisent.	CONFORME

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 25 Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention cliniques	MAÎTRISÉ

Commentaire général

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* pour les quatre qualités normatives de ce processus : *documentation, actualisation, adéquation et légalité*.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 26 Assurer une gestion sécuritaire des lieux, des prestations de service et des situations à risque, pour la clientèle et le personnel	MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse confirme la cote attribuée à cette qualité normative. En lien avec la gestion prévisionnelle des risques, elle a constaté que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* ne dispose pas d'un protocole sur la prévention des risques reliés à la post-exposition au sang et aux autres liquides biologiques.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **rédiger et mettre en place un protocole relié à la post-exposition au sang et aux autres liquides biologiques et, en faire rapport au CQA pour le 30 juin 2012.**

Actualisation

L'équipe visiteuse **diminue** la cote attribuée à cette qualité normative. Elle reconnaît les efforts consentis pour actualiser ce processus, toutefois, elle a constaté qu'il y a toujours une certaine confusion parmi le personnel sur les différents concepts permettant de bien déclarer, divulguer, analyser les incidents et accidents et effectuer les suivis de l'ensemble des événements indésirables (identification des risques potentiels, traitement des événements sentinelles, identification des mesures de soutien, corrections afin d'éviter la récurrence, etc.).

De plus, bien qu'un comité de gestion des risques et que la procédure de déclaration des incidents et accidents soient en place, la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* n'a pas identifié les situations potentielles de risque, elle ne dispose pas de procédure de divulgation et que les analyses n'ont porté jusqu'à maintenant que sur certaines situations pouvant laisser de côté des événements importants même s'ils ne sont pas en grand nombre.

En conséquence et de manière à favoriser le développement d'une culture organisationnelle axée sur la sécurité et la gestion intégrée des risques, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **procéder à une recension des risques et à une identification des risques potentiels;**
- **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 sur ce sujet;**
- **faire rapport sur ces 3 points au CQA pour le 30 septembre 2012.**

Adéquation

L'équipe visiteuse **diminue** la cote attribuée à cette qualité normative car elle a constaté un défi important de la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* concernant le développement d'une culture organisationnelle axée sur la sécurité et la gestion des risques et la nécessité d'une meilleure coordination des actions s'y rapportant.

Légalité

L'équipe visiteuse diminue la cote de cette qualité normative. Elle considère que l'obligation légale (*alinéa e*,) sur la responsabilité du comité de gestion des risques dans la recherche, le développement et la promotion des moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence, s'applique effectivement à la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles*.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **s'assurer que le comité de gestion des risques remplit le rôle prévu par la loi pour ce qui concerne son mandat (art. 183.2, LSSSS) et en faire rapport au CQA pour le 30 juin 2012.**

L'équipe visiteuse a également constaté que, malgré une recommandation dans le rapport d'agrément de février 2009, la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* n'a pas fait adopter le règlement requis par le conseil d'administration concernant la gestion des risques.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **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 (art.183.2, LSSSS).**

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

Documentation

L'équipe visiteuse a constaté que la documentation sur la tenue du dossier de l'utilisateur et sur la circulation des renseignements personnels sur la clientèle est présente, complète et à jour et elle **rehausse** la cote de cette qualité normative.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote attribuée à cette qualité normative.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote d'évaluation attribuée à cette qualité normative car elle a constaté que des informations nominatives dont des dossiers d'utilisateurs peuvent être accessibles dans des locaux non barrés.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **s'assurer que les espaces où se trouvent des informations nominatives dont des dossiers d'utilisateurs soient constamment sous surveillance ou sous clé, et en faire rapport au CQA pour le 30 juin 2012.**

Légalité

L'équipe visiteuse **diminue** la cote attribuée à cette qualité normative car elle a constaté que, malgré une recommandation dans le rapport d'agrément de février 2009, la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* n'a pas rédigé la procédure requise pour prévenir un acte de violence.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **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 (art.19.0.1, LSSSS).**

L'équipe visiteuse a également constaté que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* n'a pas adopté de règles éthiques concernant l'utilisation des renseignements au dossier pour réaliser des sondages ou pour l'inviter à verser un don.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- **faire adopter par le Conseil d'administration, des règles éthiques et de les inclure dans son code d'éthique à l'intention des utilisateurs concernant l'utilisation des renseignements au dossier pour réaliser des sondages ou pour l'inviter à verser un don (art. 27.3 et 107, LSSSS).**

Évaluation de la capacité d'amélioration de la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles

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 :

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

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 ces six qualités normatives.

L'évaluation détaillée qui suit présente les principaux éléments sur lesquels reposent les écarts entre l'évaluation effectuée par la *Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles* et celle effectuée par l'équipe visiteuse.

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	Très bien maîtrisée
Réalisme du plan d'amélioration	Très bien maîtrisé
Capacité d'adaptation	Maîtrisée
Capacité de mise en œuvre	Maîtrisée

La disponibilité de l'information

L'équipe visiteuse **diminue** la cote de l'évaluation effectuée par l'organisation relativement à cette qualité normative.

L'équipe visiteuse a pu constater que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* est à l'affût des besoins de son milieu. Toutefois, elle considère qu'elle dispose d'informations partielles et souvent dispersées, de peu d'indicateurs de gestion et n'a pas de tableaux de bord pour suivre ses activités et ainsi identifier en continu ses possibilités d'amélioration et maintenir la qualité de ses services.

La pertinence de l'analyse

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'évaluation effectuée par l'organisation relativement à cette qualité normative. Elle souligne la rigueur et la cohérence de l'analyse qui tient compte des résultats des sondages et de l'évaluation effectuée par les gestionnaires et l'équipe d'évaluation.

La pertinence du plan d'amélioration

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'évaluation effectuée par l'organisation relativement à cette qualité normative.

Le réalisme du plan d'amélioration

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'évaluation effectuée par l'organisation relativement à cette qualité normative.

L'équipe visiteuse considère que la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* fait face à des enjeux majeurs de rétention de son personnel et de son personnel cadre et que cet élément est une condition essentielle à rencontrer pour la réalisation de son plan d'amélioration. L'équipe visiteuse croit essentiel que la coordination générale et l'équipe de coordination exerce un leadership fort pour assurer la réalisation du plan d'amélioration.

La capacité d'adaptation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'évaluation effectuée par l'organisation relativement à cette qualité normative. L'équipe visiteuse a constaté que de nombreux efforts ont été déployés pour maintenir les services offerts et ce, malgré un incendie majeur dans un des deux points de services et un roulement important du personnel cadre.

La capacité de mise en œuvre

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'évaluation effectuée par l'organisation relativement à cette qualité normative. Toutefois, elle souligne que les recommandations du précédent exercice d'agrément ainsi que les objectifs du plan d'amélioration précédent n'ont été atteints que dans une faible proportion.

L'équipe tient à souligner que les recommandations faites par le CQA à la *Clinique communautaire Pointe Saint-Charles* devront être intégrées au plan d'amélioration.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'organisation de :

- réviser son plan d'amélioration et ses priorités afin d'intégrer les recommandations faites par le CQA, et ajuster les échéances prévues au plan d'amélioration afin qu'elles ne soient pas ultérieures à février 2015 et, le déposer au CQA pour le 30 juin 2012.
- déposer annuellement au CQA un bilan des résultats découlant des actions reliées au plan d'amélioration.

SECTION 4

Les recommandations du CQA

SECTION 4

Les recommandations du CQA

Les recommandations :

Le conseil québécois d'agrément adresse une **recommandation** à l'organisation lorsque cette dernière ne répond pas de manière satisfaisante à une exigence (obligation légale et/ou critère) du cadre normatif jugée importante et nécessaire pour se conformer aux normes d'agrément et aux objectifs reliés 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 ou que l'incidence sur la gestion de l'organisation, sur la gouvernance ou sur la gestion du personnel compromet la qualité des services, à court ou moyen et la poursuite de l'amélioration continue de la qualité. Elle est alors accompagnée d'une date de reddition de compte.

Les suggestions :

L'équipe visiteuse est composée d'experts en gestion et d'experts cliniques. Leur lecture de l'organisation peut les conduire à proposer des activités ou des actions à l'organisation en vue d'améliorer ou soutenir une pratique. L'application d'une suggestion est laissée au libre arbitre de l'organisation.

Rappel de l'ensemble des recommandations que la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles doit intégrer dans son plan d'amélioration 2011-2014

Processus n° 2 concernant la détermination et la configuration des programmes et des services à offrir

- 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 (*art.183, LSSS*).

Processus n° 3 concernant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle

- S'assurer de la relance rapide du comité des usagers (comité de relations avec les citoyens)

Processus n° 5 concernant la gestion des activités de recherche

- Se doter d'orientations, de politiques et de procédures concernant les activités de recherche.
- 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** (*art. 106, 505 (6), LSSSS; art.6 (9), ROAE*).
- Se doter d'un comité d'éthique de la recherche ou de conclure une entente de délégation avec un comité existant.

Processus n° 7 concernant la gestion des activités d'enseignement

- Vérifier les antécédents judiciaires des stagiaires.
- Se doter d'orientations, de politiques et de procédures concernant les activités d'enseignement.
- 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** (*art. 106, 505 (6), LSSSS; art.6 (9), ROAE*).

Processus n° 6 concernant l'innovation de façon continue dans les pratiques

- Instituer un conseil multidisciplinaire.
- Lui confier les responsabilités prévues à la loi envers le conseil d'administration et le directeur général.

- S'assurer qu'il fasse rapport annuellement au conseil d'administration (*art. 226, 227 et 228, LSSSS*).

Processus n° 9 concernant la gestion et la valorisation des ressources humaines

- Prendre les moyens afin de s'assurer de l'intégrité des nouveaux employés notamment par la vérification des antécédents judiciaires.
- Compléter son 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*).

Processus n° 8 concernant la définition des engagements de l'établissement ainsi que la philosophie de gestion pour assurer le développement et la mobilisation des ressources humaines

- Faire adopter par le Conseil d'administration un règlement en vue de prévenir ou faire cesser tout conflit d'intérêt, dont, entre autres, pour déterminer les normes applicables à un cadre supérieur ou un cadre intermédiaire en matière de conflit d'intérêt, de même que les normes applicables en matière d'exclusivité de service, et en faire rapport au CQA pour le **31 décembre 2012** (*art. 234 et 235, LSSSS*).

Processus n° 14 concernant la gestion des ressources informationnelles

- Inclure le contrôle de l'utilisation des clés USB dans ses politiques et procédures de sécurité informatique.
- Mettre en place une procédure pour s'assurer que l'ensemble de son personnel ait pris connaissance des règles émises par l'organisation concernant la sécurité informatique.
- Mettre en place l'ensemble des mesures prévues à l'audit de sécurité de la salle des serveurs informatiques réalisée en juin 2011 et de prendre les mesures requises pour éviter que des événements semblables à ceux constatés lors de la visite par les évaluateurs ne se reproduisent pas.
- Réviser les procédures et responsabilités du personnel utilisant la salle des serveurs informatiques.
- Diffuser et s'assurer du respect des procédures concernant la salle des serveurs informatiques par l'ensemble du personnel, et faire rapport sur ces mesures au CQA d'ici le **30 juin 2012**.

Processus n° 22 concernant la gestion des listes d'attente

- Faire une réflexion sur les besoins non exprimés par la population du territoire et qui pourraient être répondus par la Clinique.

Processus n° 23 concernant la planification des interventions et la dispensation des services

- Procéder à la mise à jour de la politique sur les plans d'intervention.
- 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 (*art. 106, 505 (6), LSSSS; art.6 (21) et (22), ROAE*).

Processus n° 26 concernant la prestation d'interventions sécuritaires

- Rédiger et mettre en place un protocole relié à la post-exposition 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 à une identification des risques potentiels.
- 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 sur ce sujet.

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 (*art.183.2, LSSSS*) et en faire rapport au CQA pour le **30 juin 2012**.
- 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** (*art. 183.2, LSSSS*).

Processus n° 27 concernant la gestion de la tenue du dossier de l'usager et la circulation des renseignements personnels

- 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** (*art. 19.0.1, LSSSS*).
- Adopter des règles éthiques et de 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 l'inviter à verser un don (*art. 27.3 et 107, LSSSS*).

Concernant la capacité de mise en œuvre

- Réviser son plan d'amélioration et ses priorités afin d'intégrer les recommandations faites par le CQA, et ajuster les échéances prévues au plan d'amélioration afin qu'elles ne soient pas ultérieures à février 2015 et, le déposer au CQA pour le **30 juin 2012**.

- Déposer annuellement au CQA un bilan des résultats découlant des actions reliées au plan d'amélioration.

En soutien au plan d'amélioration

En soutien à l'analyse de l'organisation et afin de le 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 :

Processus n° 1 concernant la détermination des valeurs, la vision et l'engagement qualité de l'établissement

- 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 (*art.27.3, 107 et 233, LSSSS*).
- S'assurer de sa diffusion auprès de l'ensemble du personnel et des usagers (*art.27.3, 107 et 233, LSSS*).

Processus n° 3 concernant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle

- 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.

Processus n° 4 concernant la collaboration avec les partenaires

- 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.

Processus n° 17 concernant l'appréciation de la contribution individuelle du personnel

- Prévoir apprécier 100% de son personnel.
- Procéder à l'appréciation de l'ensemble de son personnel d'ici le 30 juin 2013 et de manière continue par la suite.

Processus n° 23 concernant la planification des interventions et la dispensation des services

- S'assurer que tous les plans d'intervention (PI) et plans de services individualisés (PSI) requis se retrouvent au dossier des usagers (*art.102, 103 et 104, LSSSS*).

Processus n° 27 concernant la gestion de la tenue du dossier de l'utilisateur et la circulation des renseignements personnels

- S'assurer que les espaces où se trouvent des informations nominatives dont des dossiers d'utilisateurs soient constamment sous surveillance ou sous clé, et en faire rapport au CQA pour le **30 juin 2012**.

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'un feed-back et de conseils, en lien avec les exigences de l'agrément.

Rappel de l'ensemble des suggestions proposées par l'équipe visiteuse à la *Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles*

Processus n^{os} 5 et 7 Gérer les activités de recherche et d'enseignement

L'équipe visiteuse suggère à l'organisation de mettre à profit ses spécificités historiques et son modèle original d'intervention communautaire pour mieux intéresser les milieux de l'enseignement et de la recherche à s'impliquer davantage dans l'organisation.

Processus n^o 16 Assurer la gestion de la documentation et des informations internes

L'équipe visiteuse suggère à l'organisation de mettre à la disposition de son personnel, des outils de recherche facilitant le repérage et l'utilisation de la documentation et des informations internes.

L'équipe visiteuse suggère à l'organisation de s'assurer que les consignes soient respectées de manière à contrôler l'affichage dans les deux points de service.

Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 10 février 2009

Recommandations	Degré de réalisation		
	Réalisé intégralement	Partiellement réalisé	Aucunement réalisé
Processus n° 7 concernant la supervision clinique des intervenants			
▪ Mettre en place des guides d'intervention cliniques pour les auxiliaires familiales et sociales.	X		
▪ Déployer des mécanismes de supervision formels les concernant.	X		
▪ Assurer un suivi dans la mise en œuvre de ces mécanismes.	X		
Processus n° 13 concernant la gestion des risques			
▪ 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,			X
- les mesures permettant de prévenir la récurrence d'un tel accident.			X
Processus n° 14 concernant la tenue des dossiers et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle			
▪ Rédiger 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.			X
Processus n° 15 concernant la gestion des activités de recherche et d'enseignement			
▪ S'assurer d'adopter des règlements portant sur l'organisation de la recherche et de l'enseignement dans l'établissement.			X
Processus n° 18 concernant la détermination des attentes et des engagements de l'établissement à l'égard de son personnel			
▪ Faire adopter, par son conseil d'administration, un règlement en vue de :			
- prévenir ou de faire cesser tout conflit d'intérêt se rapportant aux cadres,			X
- de déterminer les normes applicables à un cadre supérieur ou un cadre intermédiaire en matière de conflit d'intérêt.			X

Quant au plan d'amélioration déposé par l'organisation lors de la démarche d'agrément précédente, il a été réalisé dans une proportion de 50 %.

**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 se 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.

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 termes 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.
Solidarisation	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 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.
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.
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. ²
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.

² Kélada, Joseph N., op. cit.

-
- 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). (éthique-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 être rémunérées. 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.