
Rapport d'agrément
Centre de réadaptation Estrie

25 avril 2013

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 du Centre de réadaptation Estrie

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

SECTION 2

La décision d'agrément pour le Centre de réadaptation Estrie

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	51

SECTION 4

Les recommandations

Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 31 mars 2010	55
--	----

ANNEXES

Principales définitions.....	56
Lexique.....	59

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 du *Centre de réadaptation Estrie*.

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, le *Centre de réadaptation Estrie* 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 du *Centre de réadaptation Estrie* 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 le *Centre de réadaptation Estrie*, 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.

Le *Centre de réadaptation Estrie* 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 du *Centre de réadaptation Estrie*, 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 du *Centre de réadaptation Estrie*

SECTION 1

Les résultats du *Centre de réadaptation Estrie*

Mise en contexte

Le *Centre de réadaptation Estrie* s'est engagé dans sa troisième démarche d'agrément au début de l'année 2012. Trois équipes d'évaluation ont été constituées 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. Ces équipes et les gestionnaires responsables des processus ont évalué les 27 processus prévus par le cadre normatif.

La visite du *Centre de réadaptation Estrie*, qui s'est déroulée du 18 au 22 mars 2013, a permis à l'équipe visiteuse de rencontrer la directrice générale, l'exécutif du conseil d'administration, le comité de direction, le comité d'agrément, le comité des opérations, les représentants du comité des usagers et de résidents, le comité de vigilance, le comité de gestion des risques, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, l'exécutif des conseils professionnels (CII, CM et CMDP), 2 ressources non institutionnelles, des représentants des ressources de type familial et des ressources intermédiaires et enfin le comité de direction.

Synthèse des principales forces et des principaux défis du *Centre de réadaptation Estrie*

Les principales forces sur lesquelles le *Centre de réadaptation Estrie* 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

- La promotion de valeurs et de principes humanistes intégrés à tous les niveaux de l'établissement.
- Un établissement qui a su mettre en place des moyens pour être en continu à l'écoute de ses usagers et de leurs besoins.
- Des développements significatifs et une mise en place de moyens concrets pour soutenir les ressources intermédiaire et les ressources de type familial.
- Un établissement grandement impliqué dans le soutien à l'intégration sociale de la clientèle dans sa communauté.

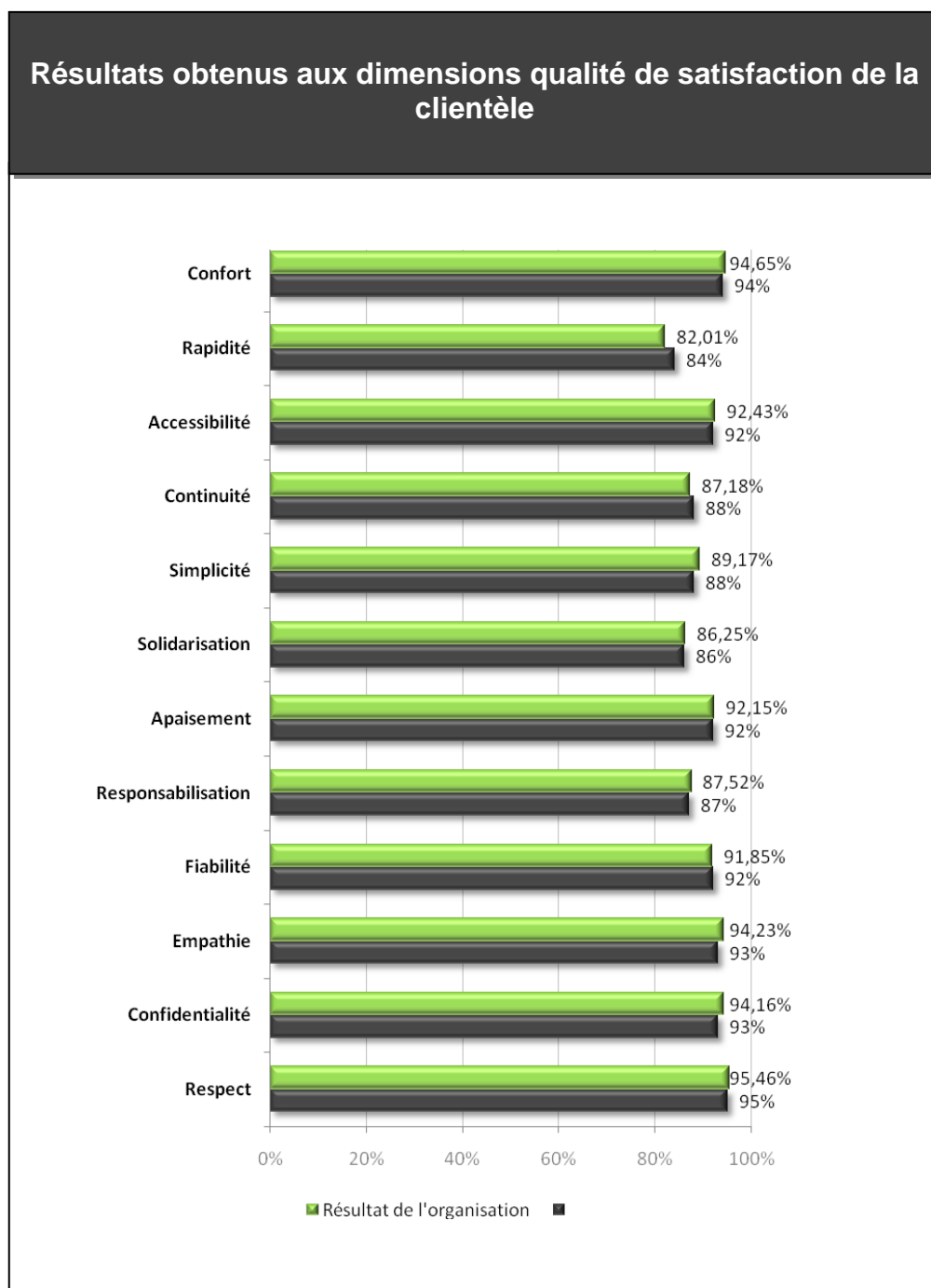
- Une mobilisation marquée du personnel notamment due à une reconnaissance de leur contribution en continu.

Les principaux défis

- Assurer la relève de l'équipe de direction tout en maintenant la culture humaniste.
- Faire face à l'augmentation rapide de la clientèle.
- Un meilleur arrimage entre les service de 1^{re} ligne et de 2^e ligne pour les services à l'enfance.
- Consolider l'intégration des usagers dans les milieux de vie et développer les collaborations en ce sens dans la communauté.
- Revoir les modalités entourant la gestion des plans d'intervention (PI) et des plans de service individualisés (PSI) ainsi que du dossier usager.

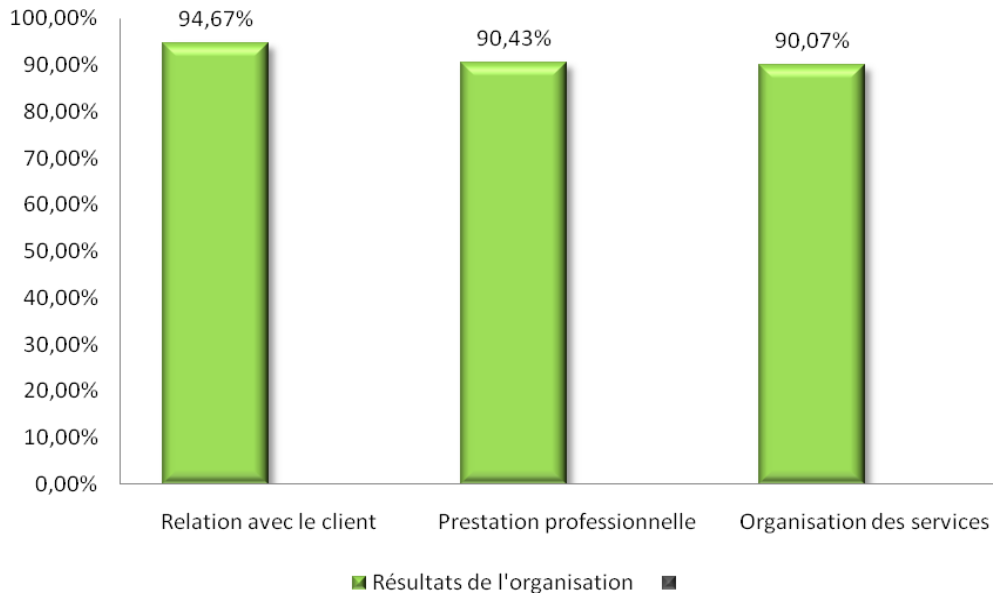
Résultats obtenus pour la satisfaction de sa clientèle

409 questionnaires ont été complétés 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.

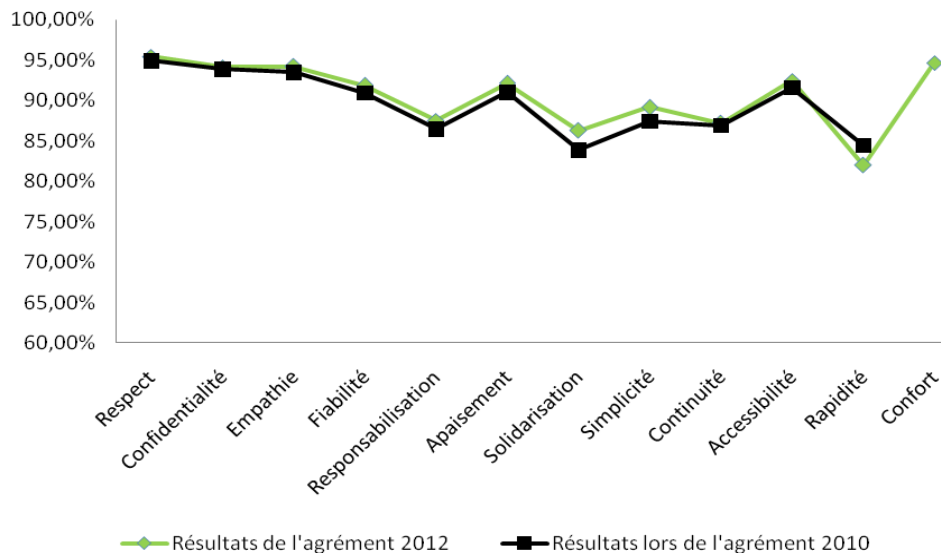


¹ Définitions en annexe

Résultats obtenus aux indicateurs de satisfaction de la clientèle

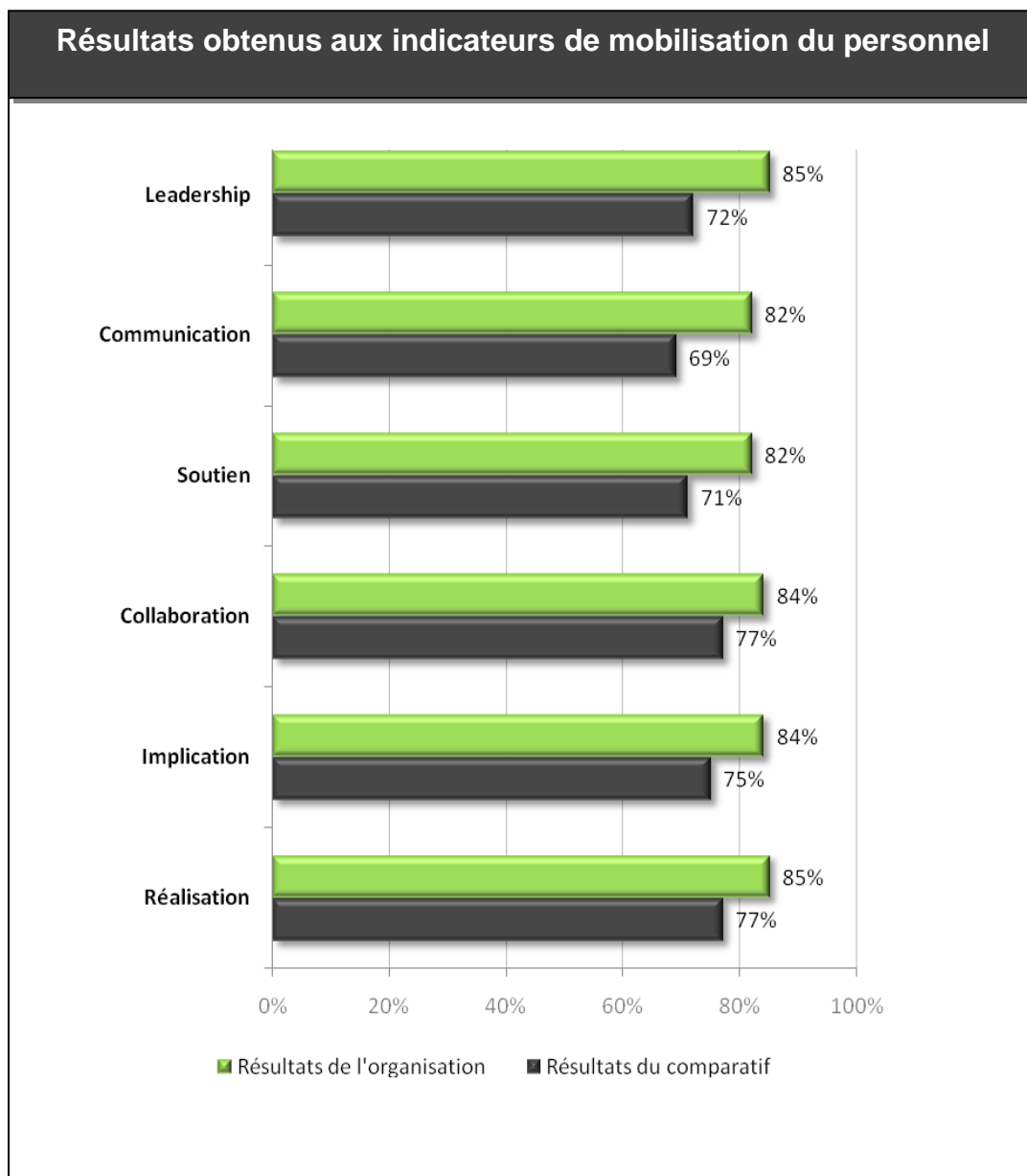


Comparaison des résultats aux dimensions qualité de satisfaction de la clientèle avec ceux de l'agrément précédent

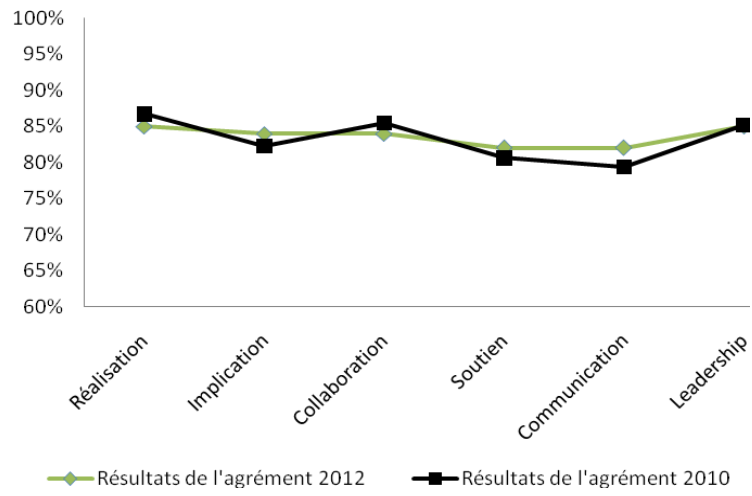


Résultats obtenus pour la mobilisation de son personnel

Le sondage réalisé auprès de l'ensemble du personnel du *Centre de réadaptation Estrie* s'est déroulé du 8 au 20 mars 2012. Des 291 questionnaires distribués, 200 ont été complétés, ce qui donne un taux de réponse global de 68,73 %.



Comparaison des résultats aux indicateurs de mobilisation du 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	TBM
	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	TBM
	N° 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle	TBM
	Norme III Une interaction continue avec le milieu	
	N° 4 : Collaborer avec les partenaires	TBM
Structurel	Norme IV Des stratégies d'innovation et de développement	
	N° 5 : Gérer les activités de recherche	TBM
	N° 6 : Innover de façon continue dans les pratiques	TBM
	N° 7 : Gérer les activités d'enseignement	TBM
	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	TBM
	N° 9 : Gérer et valoriser les ressources humaines	TBM
Professionnel	N° 10 : Encadrer les équipes de travail	M
	N° 11 : Développer les connaissances et les compétences du personnel	M
	Norme VI Une gestion efficiente des ressources financières, matérielles et informationnelles	
	N°12 : Gérer les ressources financières	TBM
	N° 13 : Gérer les ressources matérielles	M
	N° 14 : Gérer les ressources informationnelles	TBM
	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	TBM
	N° 19 : Gérer les ressources intermédiaires et les ressources de type familial	TBM
	N° 20 : Gérer les ressources bénévoles	TBM
	Norme IX La qualité dans l'organisation des prestations de services	
	N° 21 : Accueillir, traiter et orienter les demandes de services	TBM
	N° 22 : Gérer les listes d'attente	TBM
	N° 23 : Planifier les interventions et dispenser les services	M
	N° 24 : Gérer les plaintes et les insatisfactions de la clientèle	TBM
Norme X La sécurité des interventions		
N° 25 : Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique	TBM	
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
SO : sans objet

Résultat pour la capacité d'amélioration

Le *Centre de réadaptation Estrie* 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	Maîtrisée
Réalisme du plan d'amélioration	Très bien maîtrisé
Capacité d'adaptation	Très bien maîtrisée
Capacité de mise en œuvre	Très bien 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

Tel que prescrit 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 le *Centre de réadaptation Estrie* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard de la satisfaction de la clientèle,

Degré de satisfaction de la clientèle du *Centre de réadaptation Estrie* pour chacun des indicateurs
« clientèle »

Indicateur de la satisfaction de la clientèle	Résultat %	Cote
Relation avec le client	94,67	2
Prestation professionnelle	90,43	2
Organisation des services	90,07	2

La mobilisation du personnel

CONSIDÉRANT que le *Centre de réadaptation Estrie* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard du degré de mobilisation du personnel,

Degré de mobilisation du personnel du *Centre de réadaptation Estrie* pour chacun des indicateurs

Indicateur mesurant le degré de mobilisation du personnel	Résultat %	Cote
Réalisation	85	2
Implication	84	3
Collaboration	84	3
Soutien	82	3
Communication	82	3
Leadership	85	3

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, le *Centre de réadaptation Estrie* 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 le *Centre de réadaptation Estrie* démontre une capacité d'amélioration répondant aux exigences des six qualités normatives prescrites,

Angle de la capacité d'amélioration	Tout à fait conforme	Conforme	Non conforme
Disponibilité de l'information	X		
Pertinence de l'analyse		X	
Pertinence du plan d'amélioration		X	
Réalisme du plan d'amélioration	X		
Capacité d'adaptation	X		
Capacité de mise en œuvre	X		

CERTIFICAT D'AGRÉMENT



Le CQA tient à souligner le haut niveau de maîtrise que démontre le Centre de réadaptation Estrie à 18 de ses 27 processus de gestion et à 4 des qualités normatives de la capacité d'amélioration de l'organisation.

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 efficace 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 agréé.

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 le Centre de réadaptation Estrie

Les évaluateurs du CQA ont réalisés les observations et les analyses qui ont permis de confirmer ou d'infirmier l'autoévaluation de *Centre de réadaptation Estrie* sur les processus organisationnels.

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	TFC

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	TRÈS BIEN MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le *Centre de réadaptation Estrie* a une approche intégrée et des cadres de référence cliniques et administratifs issus de valeurs clairement énoncées ainsi que d'une vision revue et appliquée à l'ensemble de ses activités qui peut-être considéré comme exemplaire. L'établissement a également produit des documents affichant clairement une synthèse de son engagement qualité, tel une carte stratégique : humanisation des soins. Elle travaille présentement à rendre opérationnel son cadre intégré d'engagement qualité en collaboration avec des partenaires régionaux.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les valeurs et principes d'intervention sont connus du personnel clinique et appliqué dans ses interventions. Il en est de même pour les gestionnaires ainsi que pour le personnel administratif et de soutien.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le processus est complet et les objectifs visés par l'établissement sont cohérents avec les valeurs adoptées et la vision énoncée.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Celui-ci a fourni toutes les justifications et les références documentaires liées à la légalité.

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.	TFC

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	TRÈS BIEN MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le *Centre de réadaptation Estrie* respecte les orientations ministérielles pour déterminer son offre de service. Il se tient au courant de l'évolution des besoins de ses clientèles et des changements dans son secteur d'activité par la participation à de nombreuses tables régionales et provinciales.

De nombreux moyens (ex.: focus group, sondages) ont été mis en place pour être à l'affût des besoins évolutifs de ses clientèles. Ses programmes sont rédigés et revus lors de rencontres annuelles des équipes de programme et au cinq ans de façon systématique. Il est à revoir son modèle théorique d'évaluation de programme en vue de le parfaire.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le personnel connaît et met en application les programmes et participe à leur révision.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Il y a eu une grande amélioration depuis 3 ans pour rendre le processus pertinent et complet.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. L'équipe visiteuse a pu constater que le règlement relatif aux rapports à produire au conseil d'administration sur la nature et la quantité des services fournis à la clientèle (alinéa *d*) était présent. Elle suggère à l'organisation de compléter son règlement par une liste des rapports à déposer au conseil d'administration.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. L'établissement a mis en place un système d'évaluation de la satisfaction de toutes ses clientèles. Des évaluations par programme clientèle et par projet sont aussi réalisées. Ces évaluations sont en cohérence avec les approches qualité du modèle Plantree et de celui du CQA.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le processus est connu et son appréciation est unanime, autant des équipes que des gestionnaires.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le processus est complet. Des moyens et procédures de suivi permettent la réalisation des orientations et objectifs en la matière.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le *Centre de réadaptation Estrie* soutient son comité des usagers. Une permanence ainsi que des locaux accessibles lui sont fournis. Des représentants des clientèles hébergées font partie du comité lequel est constamment consulté sur les services offerts et à offrir. Il organise de nombreuses activités en lien avec son rôle et fait la promotion continue des droits et services aux usagers.

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.	TFC

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les ententes avec le réseau institutionnelles sont formalisées. L'établissement a prévu dans son plan d'amélioration de compléter celles reliées aux organismes communautaires.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Il a mis en place des moyens nombreux et multiples pour favoriser l'approche communautaire. Le personnel concerné est informé et participe à l'intensification des liens avec les partenaires. L'équipe visiteuse, lors du précédent agrément, avait encouragé le *Centre de réadaptation Estrie* à développer plus de liens avec le CSSS de son territoire, ce qui fut fait.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les objectifs sont clairement établis notamment visant l'amélioration et la formalisation des partenariats avec les organismes communautaires. L'implication du personnel au niveau partenariat est soutenu comme en témoigne les nombreux comités externes auxquels il participe et des suivis sont effectués régulièrement par les cadres responsables.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les ententes sont formalisées selon les obligations légales spécifiques et entérinées par les autorités concernées.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. Le *Centre de réadaptation Estrie* a de nombreux documents (politique, planification annuelle, procédures pour les intervenants) qui concourent à la formalisation de ce processus.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. Le personnel est informé des recherches en cours et est appelé à y participer.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. Des planifications sont établies avec des responsabilités clairement identifiées permettant un suivi des objectifs déterminés.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. Le *Centre de réadaptation Estrie* a un règlement sur la recherche adopté par le conseil d'administration.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. Le *Centre de réadaptation Estrie* a documenté un cadre de référence qui valorise l'innovation des pratiques dans la gestion de ses ressources humaines. Il dispose également de procédures, d'une politique sur les « Projets innovation » ainsi que des guides de pratique destinés à soutenir les meilleures pratiques.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Il a établi, pour un de ses axes stratégiques celui de l'innovation, un cadre de référence et une politique ont été mises en place. L'innovation est soutenue par l'organisation, de nombreuses procédures et moyens organisationnels permettent de mettre en place des pratiques innovantes ou technologies novatrices comme a pu le constater sur place l'équipe visiteuse à l'illustration de six projets retenus.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. On s'applique à mettre en pratique les résultats pertinents de recherche. Il y a plusieurs activités de mise à jour des meilleures pratiques. Le conseil multidisciplinaire est très actif et joue pleinement son rôle. Au cours des dernières années, il a su fournir de nombreux avis éclairés dans le domaine des pratiques et modes d'intervention contribuant au développement de la qualité des services. À titre d'exemple l'outil proposé sur les critères de fin d'intervention. Les responsabilités sont clairement établies et un suivi annuel est effectué avec planification.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le processus s'appuie sur un support documentaire approprié notamment un politique en la matière et un guide d'accueil des stagiaires mis à jour régulièrement.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le processus sur l'organisation des stages est connu et appliqué. Il y a aussi des stages administratifs et les équipes sont impliquées dans l'organisation de ceux-ci.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le processus est complet et efficace. Les procédures sont bien appliquées aux buts poursuivis. Le professionnel de référence (professionnel de la même discipline) est impliqué dans l'organisation du stage.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

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 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	TRÈS BIEN MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. La documentation du processus est conforme et abondante. Le *Centre de réadaptation Estrie* conformément à l'approche Planetree, a mis en place de nombreux moyens pour être à l'écoute de son personnel et pour favoriser son bien être au travail. Il a aussi précisé clairement ses attentes envers son personnel.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. Le personnel est appelé, de diverses façons, à exprimer ses attentes. Un fort taux de rétention du personnel démontre que l'établissement est cohérent avec ces valeurs dans ses activités en lien avec ce processus.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. La philosophie de gestion est assortie de moyens facilitant le suivi des moyens de soutien et de valorisation du personnel et ce, en lien avec les valeurs organisationnelles. La désignation Planetree est méritée.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. Le *Centre de réadaptation Estrie* vérifie annuellement l'appartenance aux ordres professionnels respectifs.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. Ce processus est bien documenté et nous constatons qu'il est au coeur des préoccupations du *Centre de réadaptation Estrie*. Elle croit fermement à ce qu'un personnel soutenu, valorisé, mobilisé concoure à des services de qualité. Les nombreuses certifications obtenus et prix confirment l'engagement du *Centre de réadaptation Estrie* à ce niveau.

Toutefois l'équipe visiteuse suggère de mettre à jour la politique en cas de conflits, de harcèlement et de violence en milieu de travail qui date de 2004.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. Le processus est bien connu et appliqué par le personnel concerné, autant des gestionnaires que des employés. Lors des rencontres avec le personnel celui-ci a témoigné des nombreuses initiatives mise en place et du soutien accordé par l'équipe des ressources humaines.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** la cote de l'établissement. Les moyens et procédures de suivi permettent de rencontrer les objectifs et orientations de ce processus. Toutefois dans un contexte d'amélioration continue et, tout en constatant l'existence de nombreuses données en la matière en lien avec les indicateurs mentionnés l'équipe visiteuse suggère au *Centre de réadaptation Estrie* de se doter de véritables tableaux de bord dans le domaine afin de mieux mesurer ses résultats.

Légalité

Le *Centre de réadaptation Estrie* est conforme aux exigences légales et réglementaires pertinentes.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Des documents répondent à la formalisation de ce processus.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Depuis le dernier agrément de nombreux efforts ont été consentis pour améliorer les communication et la collaboration inter équipe, ce que démontre les résultats du dernier sondage sur la mobilisation du personnel.

Adéquation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement. Lors de l'analyse de ce processus une équipe a amené un questionnement sur les charges de travail et l'équité en ce domaine. Ce questionnement n'a pas été repris par le gestionnaire. Lors de la visite les équipes ont répondu de façon très variable sur les outils mis en place pour mesurer les charges de travail.

En ce sens, l'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **se doter d'outils adaptés aux services à offrir, visant à mesurer les charges de travail et, d'en informer le personnel.**

Légalité

NSP

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Cependant, celui-ci dispose de plusieurs documents permettant la gestion de ce processus. La politique en la matière qui date de 2008 étant en révision et devant être adoptée à l'été 2013.

Actualisation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement, les équipes rencontrées démontrent une méconnaissance de la politique présentement en place et son application.

Adéquation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement. Les indicateurs de mesure sont peu nombreux et les données peu analysées.

En ce sens, l'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **se doter d'un ensemble d'indicateurs lui permettant le suivi de la gestion du développement des connaissances et des compétences du personnel.**

Légalité

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement en l'absence d'un plan triennal de formation du personnel (Réf.: obligation *b*).

En ce sens, l'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **se doter d'un plan triennal de formation du personnel.**

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	TFC

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Une documentation appropriée soutient ce processus, notamment une Politique relative à la budgétisation, au contrôle et au suivi budgétaire. Elle permet de planifier, de voir à l'allocation des ressources et à leur contrôle.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le personnel, tout particulièrement celui de la gestion et du soutien est informé des politiques et des procédures et les met en application.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le processus est complet. Les objectifs sont établis dans le cadre d'un cycle de gestion préétabli et les différentes étapes de la planification et du contrôle et de suivi sont bien harmonisées et appliquées.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les obligations légales et réglementaires en lien avec ce processus sont rencontrées.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Chaque critère d'évaluation est largement documenté. Le *Centre de réadaptation Estrie* dispose également de politiques et de procédures dans les nombreux domaines reliés à ce processus.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le personnel souligne une nette amélioration au niveau de la signalisation et du plan d'entretien des équipements depuis le dernier agrément tout en mentionnant des points à parfaire.

Adéquation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement considérant les constats et les commentaires des équipes rencontrées qui, de même que les visiteurs, ont souligné que des améliorations sont à faire au niveau du plan d'entretien des locaux (points de service, volière), des équipements et de la signalisation (réception, URFI).

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le processus est très bien documenté. L'établissement s'est doté notamment d'un plan directeur informatiques 2011-2014 et d'une politique sur les actifs informationnels et les télécommunications.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le personnel est bien informé et met en application les procédures. Lors des rencontres avec celui-ci le personnel connaissait et appliquait les règles entourant la sécurité informatique.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les procédures de suivi et moyens mis en place permettent de rencontrer les orientations et objectifs de ce processus. Le *Centre de réadaptation Estrie* applique le cadre normatif du ministère de la Santé et des Services sociaux en la matière. Un comité s'assure d'un suivi des divers éléments des plans mis en place.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. La documentation est variée et complète. Une politique en la matière définit les responsabilités et les procédures afférentes.

Actualisation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement car le personnel rencontré méconnaît le plan de communication publié en janvier 2013.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les objectifs visant à améliorer les communications à l'interne et externe ont été établis depuis le dernier agrément et un suivi régulier a été réalisé.

Légalité

NSP

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Plusieurs politiques sont en place pour encadrer l'élaboration et la diffusion des documents administratifs et cliniques.

Actualisation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement. Les 3 équipes d'évaluation ont mentionné qu'il est ardu d'avoir accès aux politiques et procédures sur le « Public ». Une équipe mentionne qu'il y aurait du ménage à faire sur les formulaires et les documents classés. Toutefois un travail est en cours à ce niveau et l'implantation d'outils de repérage sur le nouvel intranet qui sera implanté à l'été 2013 devrait améliorer ce volet.

En ce sens, l'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **s'assurer de la mise en place d'un mécanisme permettant le repérage facile de la documentation;**
- **le diffuser à l'ensemble du personnel et, en faire le suivi.**

Adéquation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement, considérant qu'aucun indicateur de mesure n'a été cité ou répertorié à ce processus.

En ce sens, l'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **identifier et utiliser des indicateurs permettant le suivi de la gestion de la documentation et des informations internes.**

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

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 ² , est encadré afin d'assurer la continuité, la conformité et la sécurité des prestations offertes à la clientèle.	C

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Elle invite l'organisation à y inscrire le cycle déterminé pour l'appréciation du personnel. L'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- revoir sa politique afin de déterminer le cycle d'appréciation du personnel.

Actualisation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement considérant qu'au moment de sa visite 80.7% du personnel avait été évalué à une première occasion. Considérant que l'établissement est à son 3^e agrément, considérant les recommandations du dernier agrément et considérant ce qui se fait dans le réseau, il est recommandé au *Centre de réadaptation Estrie* d' :

- apprécier la contribution du personnel sur une base annuelle;
- se doter de mécanismes pour effectuer le suivi et, faire rapport au CQA au 30 septembre 2014.

Adéquation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement considérant que très peu d'indicateurs permettent de mesurer les résultats de ce processus pour l'ensemble du personnel. En ce sens, l'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* d' :

- établir des indicateurs lui permettant le suivi du processus d'appréciation de la contribution du personnel.

Légalité

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement considérant l'absence d'un plan triennal en rapport avec l'évaluation du personnel (réf. : obligation légale a).

En ce sens, l'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* d' :

- **de se conformer à l'obligation légale liée à ce processus en préparant, avec la participation de ses employés et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres, un plan d'action triennal pour le développement du personnel qui contient, entre autres, des mesures relatives à leur évaluation. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à l'agence (art. 231, LSSSS).**

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

Documentation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement en l'absence d'une politique de supervision et d'encadrement sur le plan clinique. Toutefois l'équipe visiteuse a pu noter que les rôles et responsabilités sont définis dans différents documents et qu'un projet de politique sur la supervision est actuellement en consultation.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le personnel est au courant des différents mécanismes leur permettant d'être supervisé (chef de programme, coordonnateur clinique, professionnel de référence et comité de pairs) et utilise ces divers moyens mis à leur disposition.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les rôles et responsabilités des différents acteurs sont bien définis et permettent un suivi de ce processus.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Il a clairement établi ses responsabilités légales en lien avec les divers comités conseils au conseil d'administration (CMDP, CII, CM). Ceux-ci, malgré la taille réduite de l'établissement, jouent un rôle essentiel en matière d'amélioration des services et peuvent être cités à titre d'exemple par le dynamisme qu'ils démontrent et les collaborations établis entre eux.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les composantes du processus sont très bien formalisées et documentées. Une documentation complète existe pour guider les rapports de l'établissement à l'endroit de ces ressources ainsi que du soutien qu'il doit leur fournir.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Lors de la rencontre des représentants des ressources non institutionnelles, ceux-ci ont confirmé qu'ils étaient régulièrement informés et que l'application des procédures étaient effectuées. Ils ont confirmé leur haute appréciation du personnel de l'établissement pour les soutenir dans leur rôle et responsabilités.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Suite à une dernière réorganisation de ces ressources et des responsabilités des intervenants un suivi plus rigoureux et efficace a été noté tant de la part du personnel que des responsables des ressources.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus n° 20 Gérer les ressources bénévoles	TRÈS BIEN MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. À noter l'orientation originale des services offerts par les bénévoles notamment pour mieux soutenir l'intégration sociale des usagers dans leurs différents milieux de vie, ce qui contribue à l'accomplissement de la mission de l'établissement.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les intervenants sont au courant des services offerts par les bénévoles et savent comment pouvoir y recourir .

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Depuis la nomination d'une responsable, des objectifs ont été établis et des procédures de suivi permettent de vérifier la réalisation de ceux-ci.

Légalité

NSP

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Chaque critère du processus est largement documenté. Les modalités et critères d'accès ainsi que les mécanismes de mise en priorité sont bien définis et revus périodiquement. Le réseau des référents est tenu informé de ces diverses modalités via des rencontres et par la transmission d'une documentation appropriée.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le personnel est au courant des différentes modalités d'accueil et de traitement des demandes et révisé celles-ci au besoin avec le personnel concerné.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les différentes ententes de gestion permettent d'établir des objectifs au niveau de l'accueil des demandes. Des bases de données rendent possible un suivi approprié.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Ce processus est documenté par les différentes ententes (Ex. : plan d'accès, entente TCC.etc) et les divers systèmes d'information clientèles. Ces éléments permettent d'établir et de gérer les priorités devant être accordées à une demande de service.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le personnel est tenu régulièrement au courant des listes d'attente et de leur gestion. Il collabore à la révision des modalités d'intervention pour assurer une diminution des listes d'attente.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le *Centre de réadaptation Estrie* a fait des efforts remarquables au cours dernières années pour diminuer les listes d'attente (révision de l'offre de service au programme enfant/adolescents, restructuration des ressources non institutionnelles, prêts de personnel entre les programmes etc.). L'établissement s'est doté d'indicateurs précis pour suivre ses listes d'attente et faire les ajustements requis.

Légalité

NSP

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Les critères d'évaluation du processus sont très clairement documentés.

Actualisation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement. Bien que les rapports d'évaluation disciplinaire soient déposés au dossier il est difficile parfois à un programme (Enfants/adolescents) de rencontrer cette obligation légale. De plus, l'équipe rencontrée nous

confirme que des plans d'intervention interdisciplinaire, lorsque requis, ne sont pas toujours rédigés, les échanges et la coordination à ce niveau se font lors des rencontres cliniques hebdomadaires. L'équipe visiteuse recommande *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **s'assurer que le plan d'intervention (PI) de chaque usager, pour lequel il est requis, soit déposé à son dossier et, faire rapport au CQA sur les mesures mises en place au 31 décembre 2013;**
- **mettre en place des mécanismes de suivi.**

Au regard des plans de service individualisé (PSI) il est observé qu'un petit nombre de ceux-ci sont produits (61 pour l'année 2011-2012). Ce fait est à noter en considérant: les orientations fermes prises par l'établissement notamment au regard de l'intégration et de la participation sociale des usagers.

L'équipe visiteuse a pris bonne note que l'établissement est à convenir avec ses partenaires d'une définition commune d'un PSI qui pourra notamment permettre de déterminer la nécessité ou non d'un PSI pour un suivi par plus d'un établissement. Une fois ces travaux terminés, il est recommandé au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **s'assurer que les PSI, si requis, sont formalisés et que des mécanismes de suivi sont en place;**
- **faire rapport au CQA sur les suites qu'il entend donner et ce, au 31 mars 2014.**

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Toutefois bien que le *Centre de réadaptation Estrie* dispose de système d'information lui permettant de compiler à la demande le nombre de PI et PSI. L'équipe visiteuse suggère au *Centre de réadaptation Estrie* de se doter de tableaux de bord en la matière lui permettant de mieux suivre et mesurer l'atteinte de ses objectifs.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement considérant que les obligations légales sont respectées.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. La documentation concernant les critères d'évaluation du processus est abondante et bien structurée. La politique en la matière a été revue en 2012 et de nombreux documents, dépliants et affiches contribuent à la formalisation de ce processus.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le personnel est bien informé du régime d'examen des plaintes et insatisfactions. À noter que le commissaire a fait récemment des tournées d'information auprès du personnel, des ressources non institutionnelles et qu'il est en relation continue avec le comité des usagers. Bien qu'à temps partiel il est présent lors des activités sociales permettant d'être mieux connus et considéré comme un collaborateur dans le processus d'amélioration de la qualité et non comme un investigateur.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le rapport annuel du commissaire regroupe aussi les insatisfactions traitées à la base par le personnel ou gestionnaire concerné. L'équipe visiteuse suggère qu'il y soit indiqué que ces insatisfactions ont été traitées par le personnel.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

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.	C

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement et tient à souligner que depuis le dernier agrément les concepts (politiques, procédures et protocoles) ont été clarifiés auprès du personnel et diverses politiques, procédures et des protocoles ainsi que des mesures de soutien ont été mises en place.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le personnel applique les protocoles et est informé de leur mise à jour. Il sait à qui se référer au besoin dans leur application.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. La Direction des services à la clientèle assure un suivi tant au niveau de l'élaboration que lors de la mise en place de ces divers outils et de leur révision.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

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 de l'établissement. Une documentation pertinente et complète décrit les critères de ce processus.

Actualisation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement. Lors de la visite des locaux l'équipe visiteuse a pu observer des situations pouvant faire l'objet d'amélioration. En voici la liste :

- à l'URFI, outre les narcotiques qui étaient sous clefs, les armoires dans lesquelles étaient gardés les autres médicaments n'étaient pas barrées, non plus que le local dans lequel ils se trouvaient. En ce qui concerne le chariot, servant à la distribution de médicaments, ce dernier était défectueux (ne barrait pas bien) mais on nous a confirmé qu'un nouveau chariot avait été commandé.
- à L'URFI, dans le local de l'unité propre 2810, les armoires ainsi que la porte d'entrée de ce local n'étaient pas verrouillées de façon à protéger les patients contre l'accès à des produits toxiques.
- dans le local 2812, les bonbonnes d'oxygène étaient facilement accessibles, la porte du local n'étant pas verrouillée.
- lors de la visite du point de service de Magog, un des extincteurs, près de la porte de sortie du corridor des locaux du *Centre de réadaptation Estrie*, avait été vérifié le 28/09/2009. Ceux-ci devant être vérifiés annuellement.
- S'assurer que la température de l'eau chaude ne dépasse pas la limite du 43 degrés centigrade dans les milieux hébergement (ex. : l'Envolée).

L'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* d' :

- **apporter des correctifs au niveau des lacunes ci-haut mentionnées et, en faire rapport au CQA au 30 juin 2013.**

Bien que l'établissement remette à tout son personnel une carte d'identité avec photographie et un code couleur de sécurité au verso de celle-ci, l'équipe visiteuse a pu noter que le port de cette carte est presque inexistant chez le personnel. Considérant que le *Centre de réadaptation Estrie* offre des services à son siège social dans une installation ou deux autres organismes logent également, considérant qu'il est aussi locataire pour ses points de service dans des installations

du réseau de la santé et services sociaux, considérant les valeurs mises de l'avant par l'établissement,

L'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **rendre obligatoire le port de la carte d'identité et de s'assurer du respect de cette pratique.**

Adéquation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement considérant l'absence de procédure de suivi au niveau de la gestions des risques impliquant la santé et la sécurité du personnel.

L'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **se doter de mécanismes de contrôle pour le suivi de la gestion des risques pour le personnel.**

Légalité

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement considérant que l'établissement n'a pas adopté de règlement sur : « les conditions d'admission des personnes atteintes de maladie contagieuse ou d'infection » Obligation a) et ce bien qu'une procédure (non adoptée officiellement et écrite sous forme d'aide mémoire) soit appliquée à l'URFI.

L'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **se doter d'un règlement portant sur les conditions d'admission des personnes atteintes de maladie contagieuse ou d'infection.**

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Une documentation très importante soutient ce processus (guides, directives, politiques, procédures...).

Actualisation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement considérant des lacunes : retards dans le dépôt des rapports, rapport de fermeture non mis en priorité d'où retard à fermer le dossier, classement au dossier souvent en retard). À l'URFI, les dossiers peuvent être accessibles à des personnes non autorisées qui se présentent au « poste infirmier à aire ouverte ». On nous a mentionné qu'une adaptation serait éventuellement installée pour assurer une confidentialité et une sécurité aux dossiers de la clientèle à cette unité.

L'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **s'assurer de la sécurité et de la confidentialité des renseignements personnels sur la clientèle à l'URFI;**
- **respecter les délais de production et de dépôt des différents rapports cliniques devant être versés au dossier conformément à la politique de l'établissement;**
- **apporter à court terme les correctifs requis et, en faire rapport au CQA au 30 juin 2013.**

Adéquation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement considérant qu'il a constaté des lacunes au niveau des responsabilités. Le personnel rencontré n'a pu identifier de qui relève la responsabilité de vérifier du respect des règles de tenue de dossier, de même que de la conformité de son contenu, les réponses variaient (chef de programme, coordonnateur clinique, archiviste). Aux archives, il a été dit que l'archiviste ne vérifiait pas la teneur d'un dossier avant de le fermer et de le classer.

L'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **voir à clarifier et à actualiser les responsabilités au regard de la tenue des dossiers des usagers, en informer le personnel et, en faire rapport au CQA au 30 juin 2013.**

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

Évaluation de la capacité d'amélioration du Centre de réadaptation Estrie

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 du *Centre de réadaptation Estrie* sur ces six qualités normatives.

L'évaluation détaillée qui suit présente les principaux éléments sur lesquels reposent les écarts entre l'évaluation effectuée par le *Centre de réadaptation Estrie* 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	Maîtrisée
Réalisme du plan d'amélioration	Très bien maîtrisé
Capacité d'adaptation	Très bien maîtrisée
Capacité de mise en œuvre	Très bien maîtrisée

La disponibilité de l'information

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'établissement. La documentation recueillie dans le dossier de l'organisation est abondante. Le *Centre de réadaptation Estrie* dispose d'une impressionnante quantité de documents (politiques, guides, lignes directrices...) sur lesquels appuyer sa gestion et son offre de service. L'établissement a mis en place plusieurs outils qui lui permettent de mesurer sa performance notamment auprès de ses clientèles (sondage, focus group) et de son personnel (sondages sur la mobilisations et la sécurité). Toutefois l'équipe visiteuse a constaté que bien que des indicateurs étaient absents du dossier (processus n^{os} 7, 8, 16, 25) ces indicateurs pouvaient être consultés sur place ou sur demande. L'établissement doit porter une attention au développement et au suivi constant des indicateurs concernés.

La pertinence de l'analyse

L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement. Le *Centre de réadaptation Estrie* dans son analyse a tenu compte des résultats obtenus au sondage clientèle et à celui sur la mobilisation du personnel. En effet lors de l'analyse de chacun des processus il a tenu compte des résultats des sondages, ainsi que ceux des normes. Il a aussi pris en considération l'information découlant des rencontres avec les partenaires ainsi qu'avec les représentants des ressources non institutionnelles.

La pertinence du plan d'amélioration

Les objectifs d'amélioration cités au plan d'amélioration déposé tiennent compte des difficultés les plus importantes dans leur ordre de priorité. Les objectifs d'amélioration sont suffisamment précis pour pouvoir en mesurer leur degré de réalisation. Les stratégies retenues sont adéquates pour atteindre les objectifs. Les normes et processus devant être améliorés sont en lien avec les objectifs. Toutefois, l'équipe visiteuse *diminue* la cote considérant qu'en tenant compte de l'analyse des processus décrit, de la visite et des rencontres effectuées que certains éléments devraient se retrouver dans le plan d'amélioration notamment sur les questions suivantes: la charge de travail des intervenants, l'appréciation du personnel, l'élaboration et la rédaction des PI à l'enfance, les PSI et la gestion du dossier de l'utilisateur.

L'équipe visiteuse recommande au *Centre de réadaptation Estrie* de :

- **revoir son plan d'amélioration à la lumière de ces éléments en y intégrant les recommandation du présent rapport et, de faire rapport au CQA au 30 juin 2013.**

Le réalisme du plan d'amélioration

Le plan d'amélioration soumis est le fruit de questionnements transversaux et les stratégies proposées sont bien ancrées dans les besoins et les attentes exprimés par la clientèle et le personnel. Il énonce des objectifs qui tiennent compte des aspirations connues de l'établissement en lien avec la désignation Planetree, ils s'inscrivent dans la planification stratégique et ils sont en continuité avec le plan d'action 2010-2013. C'est un plan réaliste qui tient compte du renouvellement de l'équipe de direction qui est bien planifié. Les équipes se sont appropriées le plan d'amélioration et la contribution des différentes instances est acquise pour sa réalisation. Ce plan nécessite pas des investissements substantiels et le nombre d'objectifs est restreint (11). L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

La capacité d'adaptation

En raison de la vision de sa direction, de la mobilisation de son personnel, de l'adaptation de son offre de services, tant aux besoins de sa clientèle qu'à ceux du milieu qu'il dessert en 2^e ligne, le *Centre de réadaptation Estrie* a en effet manifesté lors des dernières années une réelle capacité d'adaptation à de nouvelles approches et à la réalisation de solutions novatrices. L'établissement a démontré un leadership en étant le premier établissement québécois à être certifié Planetree avec ce que cela comporte de changements au niveau organisationnel et culturel. Il fait figure de proue dans le domaine de l'innovation. Il a su répondre aux besoins de ses clientèles jeunes en mettant sur pied des formules d'hébergement inédites. L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

La capacité de mise en œuvre

En janvier 2013, le bilan du plan d'action 2010-2013 révélait que plus de 80 % des objectifs étaient complètement réalisés, les autres l'étant à 85% ou davantage. Celui découlant de la visite ministérielle de avril 2009 sur les ressources non institutionnelles (RNI) a été réalisé. Les recommandations de la dernière visite d'agrément ont été réalisées sauf pour l'appréciation de l'ensemble du personnel, quant aux suggestions elles ont été réalisées à la très grande majorité. Plusieurs projets ont été complétés (Entreprise en santé, renouvellement de Planetree, développement de la ressource d'hébergement l'Envolé). Un suivi rigoureux et systématique est fait de ses différentes planifications. L'équipe visiteuse *confirme* la cote de l'établissement.

SECTION 4

Suivi apporté aux recommandations du CQA

SECTION 4

Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 31 mars 2010

Recommandations	Degré de réalisation		
	Réalisé intégralement	Partiellement réalisé	Aucunement réalisé
<p>Processus n° 10 concernant l'encadrement des équipes de travail</p> <p>Préciser et formaliser les mécanismes de collaboration et de communication inter-équipes.</p> <p>S'assurer de leur appropriation et de leur application par l'ensemble du personnel concerné.</p>	X		
<p>Processus n° 13 concernant la gestion des ressources matérielles</p> <p>Élaborer un plan d'entretien préventif de ses équipements.</p> <p>S'assurer de son application dans toutes ses installations.</p>	X	X	
<p>Processus n° 14 concernant la gestion des ressources informationnelles</p> <p>S'assurer que les règles relatives à l'utilisation de supports informatiques comme les clés USB et/ou portables personnels pour réaliser des travaux professionnels incluant des données clientèles soient clairement décrites, comprises et appliquées par l'ensemble du personnel de façon à assurer la sécurité et la confidentialité des informations concernant les usagers.</p>	X		
<p>Processus n° 17 concernant l'appréciation de la contribution individuelle du personnel</p> <p>Compléter l'implantation de ce processus en procédant à l'appréciation de la contribution pour l'ensemble du personnel du centre de réadaptation.</p>		X	
<p>Processus n° 26 concernant la prestation d'interventions sécuritaires pour les clientèles et le personnel</p> <p>Clarifier les rôles et les responsabilités dévolues à chacun dans l'application des mesures d'urgence, notamment dans le cadre des exercices d'évacuation.</p> <p>Intégrer cette clarification dans le plan de mesures d'urgence.</p> <p>S'assurer de leur appropriation et de leur intégration par l'ensemble du personnel.</p>	X X X		
<p>Processus n° 27 concernant la gestion de la tenue des dossiers de l'utilisateur et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle</p> <p>Prendre les mesures adéquates pour que les informations personnelles sur la clientèle soient, en tout temps, transportées de manière sécurisée dans les déplacements entre différents points de service et, en faire rapport, <u>avant le 30 septembre 2010</u>, au Conseil québécois d'agrément.</p>	X		

**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 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.