CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT

Normes agréées par International Society for Quality in Health Care (ISQua)

Rapport d'agrément

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie–Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie

25 mai 2015

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

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

Table des matières

INTRODUCTION **2**
Le Conseil québécois d'agrément 2
Le modèle d'agrément du CQA 3

SECTION 1 ..... **4**

Les résultats et la décision d'agrément **4**
Mise en contexte 5
Synthèse des principales forces et des principaux défis 6
Sondages 7
Degré de satisfaction de la clientèle du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* 7
Degré de mobilisation du personnel du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* 10
Normes et processus organisationnels 13
Capacité d'amélioration 14
La décision d'agrément 15

SECTION 2 ..... **16**

Évaluation détaillée de l'équipe visiteuse **16**
NORME I : UNE VISION, DES VALEURS ET UN ENGAGEMENT QUALITÉ 18
NORME II : UNE OFFRE CONCERTÉE DE SERVICE 19
NORME III : UNE INTERACTION CONTINUE AVEC LE MILIEU 21
NORME IV : DES STRATÉGIES D'INNOVATION ET DE DÉVELOPPEMENT 22
NORME V : LA MOBILISATION ET LA VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES 27
NORME VI : UNE GESTION EFFICIENTE DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES 31
NORME VII : LE PLAN DE COMMUNICATION 34
NORME VIII : LA GESTION DU PERSONNEL ET DES RESSOURCES ASSOCIÉES 36
NORME IX : LA QUALITÉ DANS L'ORGANISATION DES PRESTATIONS DE SERVICE 39
NORME X : LA SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS 43

Évaluation de la capacité d'amélioration **48**

SECTION 3 ..... **51**

Les recommandations du CQA **51**
Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 21 décembre 2011 53
Recommandations du comité de validation du CQA du 25 mai 2015 56

ANNEXES **60**
Définition des normes d'excellence 60
Définition des processus organisationnels 61
Définition de la capacité d'amélioration 62
Définition des indicateurs de la satisfaction de la clientèle et des dimensions de la qualité 63
Définition des indicateurs de la mobilisation du personnel 65
Lexique 66

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 dont les normes sont agréées par *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), vous invite à prendre connaissance du rapport d'agrément du *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie–Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie.*[1]

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

Le CQA a mis à la disposition du *Centre de réadaptation en dépendance de l'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 par l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des services.

Le dossier, constitué par le *Centre de réadaptation en dépendance de l'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 en dépendance de l'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 en dépendance de l'Estrie*, tout au long de cette période.

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

[1] Dans le but d'alléger la lecture, l'organisation sera nommée *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* tout au long du présent rapport d'agrément.

Le modèle d'agrément du CQA

Résultats

⇨ **Satisfaction de l'expérience client**

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

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

⇨ **Mobilisation du personnel**

- Tout le personnel
- 8 indicateurs (réalisation, implication, collaboration, soutien, communication, leadership organisationnel, leadership du gestionnaire, sécurité et environnement de travail)

Standard requis : **résultat satisfaisant dans les limites ou supérieur au comparatif pour 5 indicateurs sur 8**

Organisation

⇨ **10 Normes**

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

⇨ **Processus organisationnels**

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

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

Amélioration continue

⇨ **Plan d'amélioration**

⇨ **6 qualités normatives**

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

Standard requis : 6 qualités normatives maîtrisées ou très bien maîtrisées

SECTION 1

Les résultats et la décision d'agrément

du

Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie

Mise en contexte

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* (CRDE) s'est engagé dans sa troisième démarche d'agrément au mois d'octobre 2014. Le CRDE était alors impliqué, depuis plusieurs mois, dans un processus d'intégration avec le CSSS-IUGS et le CSSS du Val Saint-François. Cette démarche d'intégration a pris fin avec l'annonce de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux qui a pris effet le 1er avril 2015. Malgré cette mouvance, le CRDE a réalisé sa démarche de renouvellement d'agrément en quelques mois.

Une équipe d'évaluation a été constituée en fonction des différents services de l'établissement afin d'assurer la représentativité de l'ensemble de ses acteurs. Cette équipe et les gestionnaires responsables des processus ont évalué 26 processus.

La visite du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie*, qui s'est déroulée du 4 au 6 mai 2015, a permis à l'équipe visiteuse de rencontrer le conseiller-cadre à la direction générale, le comité d'agrément composé des gestionnaires responsables de processus, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, l'équipe d'évaluation, les représentants du comité des usagers, les représentants des conseils professionnels (CII, CM, CMDP), les représentants de la ressource non institutionnelle, le comité de gestion des risques et le gestionnaire de risque, l'équipe de direction.

Synthèse des principales forces et des principaux défis

Les principales forces sur lesquelles le *Centre de réadaptation en dépendance de l'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

- Un personnel mobilisé, engagé, créatif et empreint d'humanisme.
- Un climat organisationnel propice à l'implication, l'engagement et au travail en interdisciplinarité.
- Un leadership proactif au niveau du développement des partenariats.
- Un aménagement personnalisé des lieux physiques qui favorise l'humanisation des rapports entre les personnes.
- L'ouverture de l'ensemble du personnel et des gestionnaires à bonifier les pratiques cliniques en s'inspirant de meilleures pratiques afin d'offrir des services de qualité à la clientèle.

Les principaux défis

- Implanter une culture de sécurité et de gestion des risques.
- Identifier et mettre en œuvre des mécanismes clairs et formels concernant la supervision professionnelle et l'encadrement clinique.
- Accroître l'accessibilité dans les différents programmes.
- Développer une culture de la mesure sur l'ensemble des activités.
- Disposer d'indicateurs de gestion permettant d'évaluer l'offre de service au regard de la pertinence et de l'efficience, ainsi que l'ensemble des processus organisationnels.
- Poursuivre la formalisation et la mise en œuvre de l'offre de service spécialisé basée sur les meilleures pratiques et en cohérence avec les besoins de la clientèle.

Sondages

Degré de satisfaction de la clientèle du
Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie

Indicateurs[2] de la satisfaction de la clientèle	Résultat %	Cote
Relation avec le client	93	2
Prestation professionnelle	88	2
Organisation des services	89	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.

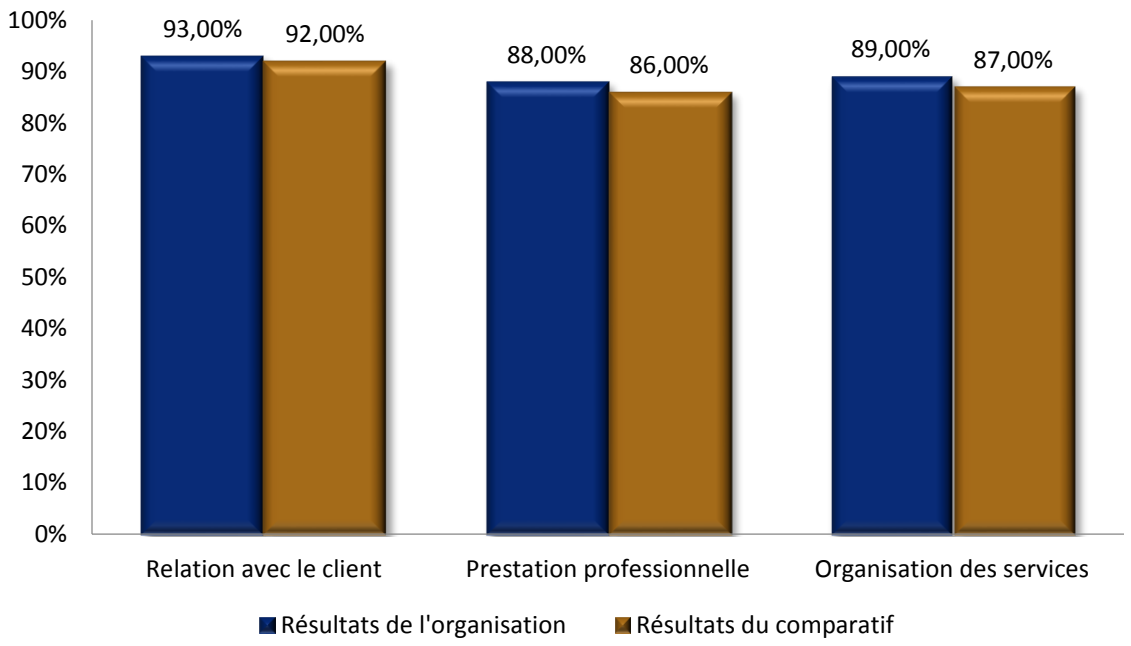
Cote 2 : Résultat satisfaisant au regard des standards requis
La limite inférieure ou supérieure du résultat de l'établissement se situe à l'intérieur des limites du comparatif ou les limites du comparatif se situent entre la limite inférieure et supérieure du résultat de l'établissement.

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.

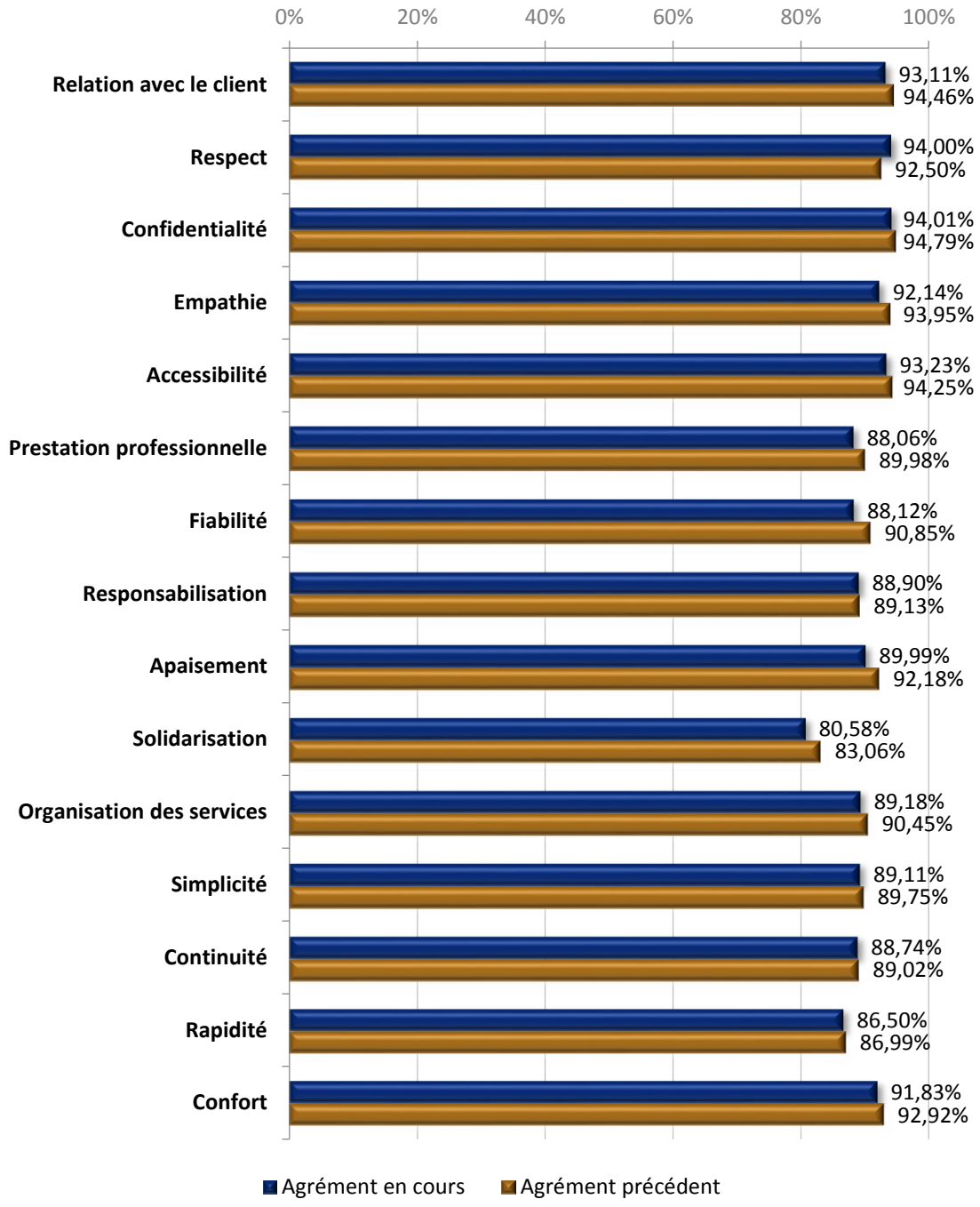
389 entrevues téléphoniques ont été réalisées afin de connaître le degré de satisfaction de l'expérience client. Les résultats des trois indicateurs ***(relation avec le client, prestation professionnelle et organisation des services)*** se situent **à l'intérieur** des limites du comparatif.

[2] Définitions en annexe.

Résultats obtenus aux indicateurs de satisfaction de la clientèle comparés à ceux des autres centres de réadaptation en dépendance



Comparaison des résultats obtenus aux dimensions qualité de satisfaction de la clientèle avec ceux de l'agrément précédent du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie*



Degré de mobilisation du personnel du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie*		
Indicateurs[3] mesurant le degré de mobilisation du personnel	**Résultat %**	**Cote**
Réalisation	**80**	**2**
Implication	**83**	**2**
Collaboration	**82**	**2**
Soutien	**76**	**2**
Communication	**76**	**2**
Leadership organisationnel	**71**	**2**
Leadership du gestionnaire	**82**	**2**
Sécurité et environnement de travail	**73**	**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.

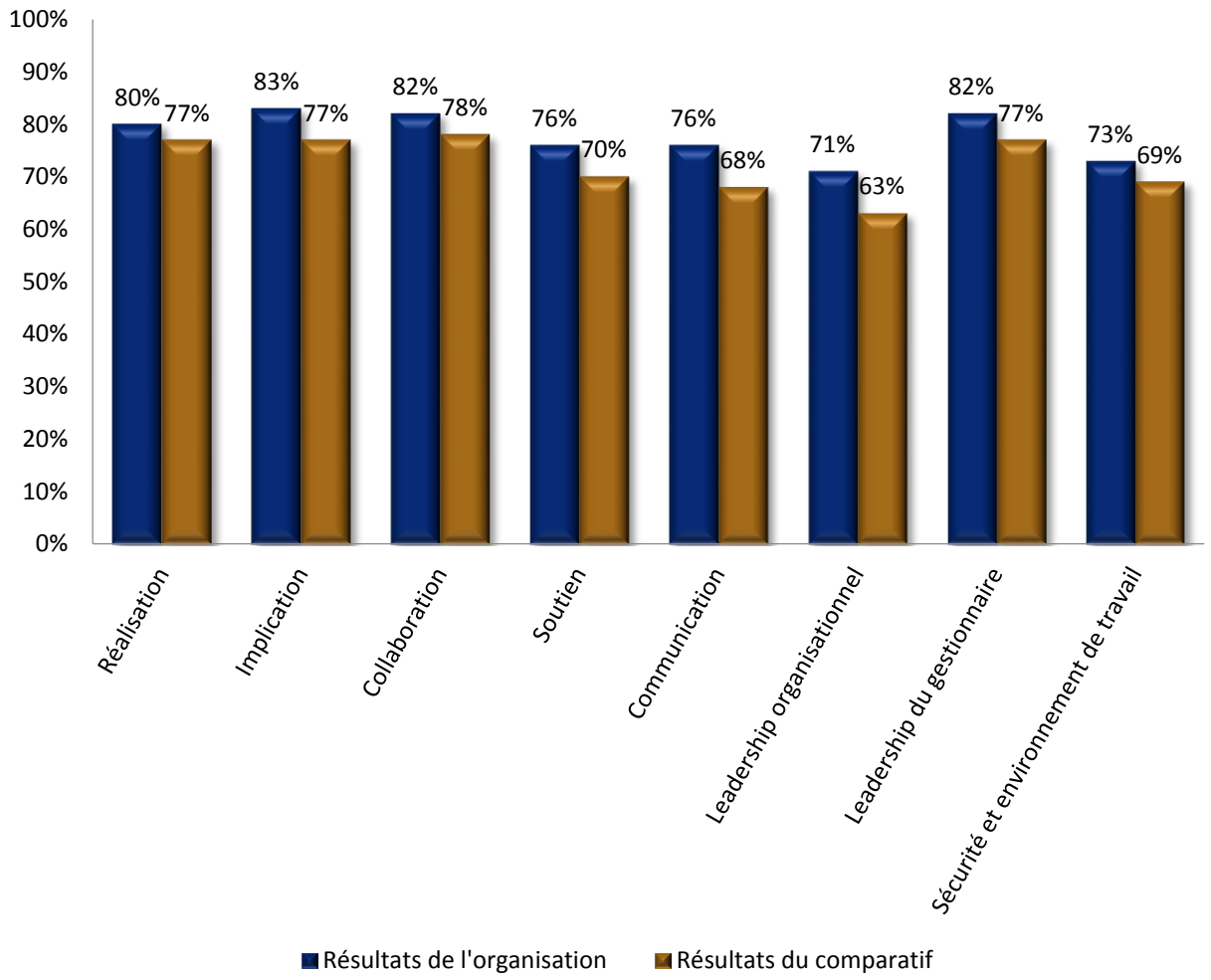
Cote 2 : **Résultat satisfaisant au regard des standards requis**
La limite inférieure ou supérieure du résultat de l'établissement se situe à l'intérieur des limites du comparatif ou les limites du comparatif se situent entre la limite inférieure et supérieure du résultat de l'établissement.

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.

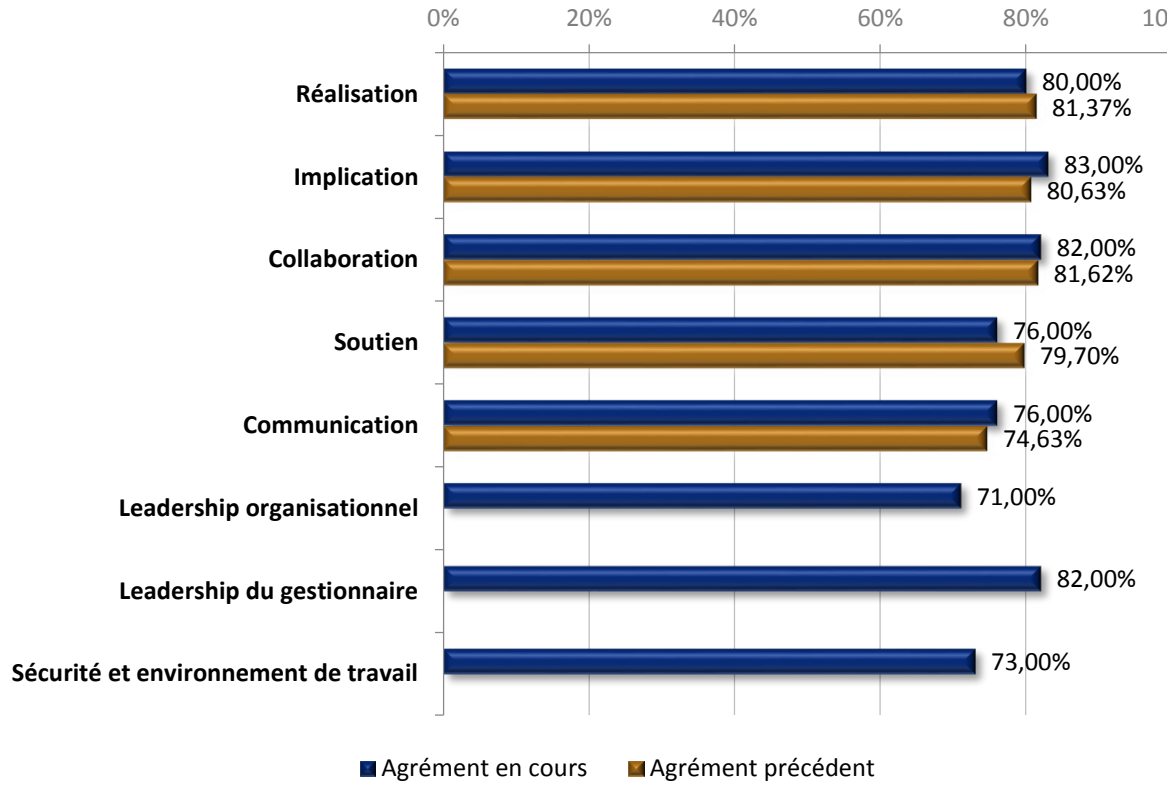
Le sondage réalisé auprès de l'ensemble du personnel du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* s'est déroulé en novembre et décembre 2014. Des 107 questionnaires distribués, 82 ont été remplis, ce qui donne un taux de réponse global de 76,64 %. Le résultat de tous les indicateurs se situe à l'intérieur du comparatif.

[3] Définitions en annexe.

Comparaison des résultats aux indicateurs de mobilisation du personnel avec ceux des autres organisations



Comparaison des résultats obtenus aux indicateurs de mobilisation du personnel avec ceux de l'agrément précédent du
Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie



Le résultat de l'indicateur Leadership était de 78,70 % en 2011.

Normes et processus organisationnels

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

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

Capacité d'amélioration

Tableau synoptique de l'évaluation des qualités normatives

Angle de la capacité d'amélioration	Niveau de maîtrise
Disponibilité de l'information	Maîtrisée
Pertinence de l'analyse	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	Maîtrisée

Définitions

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

La décision d'agrément

Résultats :

CONSIDÉRANT que le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard de la satisfaction de l'expérience client;

CONSIDÉRANT que le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard du degré de mobilisation du personnel;

Organisation :

CONSIDÉRANT que le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* répond aux standards requis puisqu'il se conforme de manière satisfaisante aux 10 normes d'excellence énoncées dans le cadre normatif.

Amélioration continue :

CONSIDÉRANT que le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* démontre une capacité d'amélioration continue répondant aux exigences des six qualités normatives prescrites.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE L'ESTRIE

est reconnu pour la qualité de ses services

Mai 2015

SECTION 2

Évaluation détaillée de l'équipe visiteuse

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

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 en dépendance de l'Estrie* sur les processus organisationnels.

Évaluation de la conformité aux 10 normes d'excellence

pour le

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE L'ESTRIE

IMPORTANT

Le projet de loi 10, adoptée le 7 février 2015, prévoit une modification significative des structures régissant le réseau de la santé et des services sociaux. Ce rapport d'agrément tient compte de ces nouvelles perspectives.

Conséquemment, dans l'optique de soutenir les établissements dans la phase de fusion qui se dessine, le comité de validation du CQA a analysé les recommandations de l'équipe visiteuse et a conservé les recommandations stratégiques et structurelles en les formulant pour que les enjeux de l'établissement, dans ces deux types de domaines (stratégique et structurel), soient les mieux identifiés possible.

Afin que soient facilement repérables les recommandations ayant des enjeux stratégiques, structurels ou professionnels en lien avec le projet de loi, nous les distinguons ci-dessous par la couleur bleue.

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

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

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La documentation qui soutient la mise en œuvre de ce processus au *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* est complète et à jour. Les valeurs ont été identifiées dans la planification stratégique (2012) et réitérées dans le plan d'organisation (2014). L'engagement qualité est formalisé dans le cadre de référence sur la qualité adopté en 2014. Ce cadre identifie notamment les valeurs, les normes et les comportements attendus et partagés. Les valeurs et l'engagement qualité sont affichés, facilement accessibles (intranet), diffusés et rappelés régulièrement aux employés, transmis aux usagers, notamment lors de la rencontre d'accueil, et diffusés aux partenaires. L'équipe visiteuse a constaté que les valeurs étaient bien connues. L'engagement qualité l'était toutefois moins, notamment en ce qui concerne la dimension sécurité. Un besoin d'appropriation de l'engagement qualité a été identifié par les personnes rencontrées. Les différentes composantes de ce processus sont à jour et complètes.

Outre les valeurs et l'engagement qualité, l'établissement a mis en place une grille de délibération éthique reposant sur ses valeurs et son engagement de qualité (aide à la décision). Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* participe à un comité régional d'éthique. Le centre a adhéré en février 2015 à l'approche Planetree qui considère la personne dans sa globalité. L'implantation de ce concept dans l'organisation, bien qu'en partie amorcée, est prévue au plan d'amélioration.

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.	**C**

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

L'offre de service et la programmation clinique du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* sont diffusées, bien connues et appliquées par le personnel. Les programmes et services font l'objet d'une évaluation annuelle formalisée par les équipes de travail afin d'identifier des pistes d'amélioration et d'adaptation aux besoins de la clientèle. L'évaluation des programmes de manière continue reste cependant à bonifier.

L'équipe visiteuse a constaté l'ouverture de l'ensemble du personnel et des gestionnaires à bonifier les pratiques cliniques en s'inspirant des meilleures pratiques afin d'offrir des services de qualité à la clientèle. L'offre de service est bien documentée et facilement accessible sur l'intranet. Toutefois, l'établissement doit poursuivre la formalisation de certains programmes existants (ex. : jeunesse, entourage).

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Lors de l'agrément précédent, le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* devait actualiser la recommandation de « mettre en place et administrer un système continu d'évaluation de la satisfaction de la clientèle ». Cette recommandation a été réalisée puisque des sondages sont en place depuis 2011-2012 pour la clientèle hébergée en dépendance et pour les groupes de soutien en dépendance ainsi qu'en hébergement santé mentale et pour la clientèle externe depuis 2014. Les résultats sont compilés et présentés aux intervenants, au comité de direction, au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration. L'équipe visiteuse a constaté que les équipes tenaient compte des résultats de ses sondages internes afin d'améliorer la qualité des services. Cette procédure n'est cependant pas formalisée. Le plan d'amélioration prévoit tout de même une stratégie de réalisation qui vise à poursuivre l'évaluation de façon continue de la satisfaction de l'expérience client.

L'équipe visiteuse a constaté la qualité des relations entre le comité des usagers et l'établissement, ainsi que la participation des représentants de ce comité dans divers instances, activités de l'établissement ou lieux de résidence des usagers. Cependant, il reste à mettre formellement en place un comité des résidents pour les personnes hébergées au regard de la mission santé mentale.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
Se conformer à l'obligation réglementaire pour les usagers qui sont hébergés en mission santé mentale : • « … Lorsque l'établissement exploite un centre offrant des services à des usagers hébergés, il doit mettre sur pied, dans chacune des installations du centre, un comité de résidents… » (Processus 3, alinéa b, art. 209, LSSSS)	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	30 novembre 2015	

NORME III : UNE INTERACTION CONTINUE AVEC LE MILIEU

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

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* dispose de l'ensemble de la documentation nécessaire pour soutenir ce processus : des orientations, plusieurs ententes formelles avec de nombreux partenaires, des protocoles de collaboration et des évaluations des protocoles avec des partenaires clés réalisées sur une base annuelle. L'équipe visiteuse a constaté un leadership au niveau du développement des partenariats qui se traduit notamment par l'engagement et l'implication des intervenants et de l'équipe de direction. Ce leadership est soutenu par la volonté de l'établissement de camper son expertise spécialisée de deuxième ligne au plan régional et de consolider son positionnement distinctif auprès de ses différents partenaires. Les modalités de collaboration prennent plusieurs formes, notamment des rencontres statutaires, des journées des partenaires, la participation des partenaires à des formations offertes aux employés de l'établissement, et par le développement d'une offre de formation dédiée aux partenaires.

Récemment, l'établissement a mis en place une fonction de liaison, notamment pour soutenir la continuité des services offerts aux usagers par l'établissement et des partenaires, lors de l'admission en désintoxication ou du départ de l'hébergement, ou à la fin d'un épisode de services. Les résultats obtenus lors de la consultation auprès des partenaires dans le cadre de la présente démarche d'agrément témoignent d'un niveau élevé de satisfaction à l'égard des relations partenariales de l'établissement.

NORME IV : DES STRATÉGIES D'INNOVATION ET DE DÉVELOPPEMENT

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

Processus 5	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les activités de recherche[2].	**M**

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* possède trois documents pour soutenir ce processus : un cadre de référence des activités de recherche qui précise ses orientations, un répertoire des activités de recherche dans l'établissement et les procédures du Comité d'éthique de la recherche en dépendance (CÉRD). Comme plusieurs autres CRD, l'établissement est membre du CÉRD, administré par l'institut universitaire en dépendance, et participe à son financement. Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* a entériné la documentation en lien avec les dispositions éthiques. L'organisation des activités de recherche dans l'établissement, qui doit notamment prévoir les procédures pour présenter, accepter et participer à un projet de recherche dans l'établissement (analyse de convenance), n'est cependant pas formalisée. L'établissement n'entreprend pas de projets de recherche, mais y participe lorsqu'il est sollicité. Pour l'établissement, la fonction recherche réfère surtout aux activités qui permettent de s'approprier, dans ses pratiques, l'application des résultats de certaines recherches notamment sur le plan clinique. L'équipe visiteuse a constaté que la connaissance et l'appropriation des projets de recherche dans l'établissement restent à consolider. N'ayant pas procédé à l'identification de ses besoins de recherche, l'établissement identifie les opportunités. Afin de consolider ses pratiques cliniques et favoriser le rapprochement entre la clinique et la recherche, l'équipe visiteuse suggère à l'établissement d'identifier ses propres besoins de recherche et de les présenter à des équipes de chercheurs.

Les obligations légales et réglementaires ne sont pas toutes respectées. L'établissement n'a ni élaboré ni adopté un règlement portant sur l'organisation de l'enseignement et de la recherche.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
Se conformer à l'obligation réglementaire : • a) L'établissement adopte des règlements portant sur les points suivants, lorsqu'ils relèvent du champ d'activité de l'établissement : l'organisation de l'enseignement et la recherche dans l'établissement. Ces règlements font l'objet d'une consultation préalable du CMDP lorsque le règlement a une incidence sur les responsabilités de ce dernier. (Processus 5, alinéa a, art. 106 et 505 [6], LSSSS; art. 6 [9], Règlement sur l'org. et l'adm.)	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* aux quatre qualités normatives.

Bien que l'innovation soit une des valeurs de l'établissement et que la créativité du personnel soit une de ces forces, l'équipe visiteuse n'a pas constaté de vision claire et précise du concept d'innovation, ni d'intégration des différentes actions de l'établissement. Les orientations en matière d'innovation ne sont pas définies. Sur le plan de l'actualisation, plusieurs projets ont trait à l'innovation et aux meilleures pratiques :

- sous l'initiative des conseils multidisciplinaires, un comité de vie scientifique récemment créé tient des activités de transfert de connaissances;
- l'établissement s'inspire de guides de pratique reconnus pour soutenir le développement de sa programmation clinique et les diffuse auprès des équipes cliniques;
- un centre de documentation est à la disposition des intervenants.

En plus de ces actions, des besoins de diffusion de l'information sur les projets de recherche et leurs résultats, ainsi que des activités de transfert de connaissances intra et inter équipes, sont identifiés par les intervenants afin de consolider leur expertise clinique. Par ailleurs, la valorisation et l'appui des initiatives du personnel sont encouragés, mais les procédures sont informelles. La formalisation, la consolidation et la diffusion des orientations et des dispositifs de partage de connaissances et de soutien à l'innovation restent à réaliser. Le plan d'amélioration prévoit des objectifs en ce sens. L'équipe visiteuse a constaté le dynamisme des deux conseils professionnels (CM, CII), ainsi que de l'équipe médicale, pour soutenir, en collaboration avec l'équipe de direction, la promotion de meilleures pratiques.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
• Définir ses orientations en matière d'innovation dans les pratiques et la gestion; • Identifier les modalités de soutien à l'innovation dans l'établissement.	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* dispose de la documentation nécessaire au soutien de la gestion de ce processus. La structure mise en place pour l'accueil et l'intégration des stagiaires est appréciée et connue. Le nombre de stagiaires accueillis, par année et par discipline, a augmenté au cours des dernières années et plusieurs sont devenus des employés de l'établissement. Lors de la visite, l'établissement avait déjà actualisé des modalités visant le soutien et la reconnaissance des superviseurs de stages. Ces modalités avaient été identifiées comme l'unique piste d'amélioration dans l'analyse de ce processus. Pour donner suite au rapport de l'agrément précédent, la vérification des antécédents judiciaires des stagiaires est dorénavant réalisée. L'équipe visiteuse note particulièrement les efforts de l'établissement dans le recrutement de stagiaires pour des postes où une pénurie est constatée, notamment les médecins et le personnel en soins infirmiers. Ces efforts ont notamment permis à l'établissement de répondre à ses besoins au regard des services médicaux.

NORME V : LA MOBILISATION ET LA VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES

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

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* dispose de la documentation nécessaire pour la gestion de ce processus. Les valeurs organisationnelles, la philosophie d'intervention, la philosophie de gestion et les principes de gestion sont présentés dans le plan d'organisation et dans la planification stratégique 2012-2015. Cependant, l'appropriation est inégale, selon les employés, particulièrement au niveau de la communication et de la concertation interservices. De plus, à la lumière des résultats obtenus au sondage sur la mobilisation du personnel, il y aurait lieu de mettre en place des stratégies visant l'amélioration du climat organisationnel dans certains secteurs spécifiques et de poursuivre les démarches visant l'implication du personnel dans les projets organisationnels. Le centre a retenu ces éléments dans son plan d'amélioration. L'équipe visiteuse a par ailleurs constaté le travail réalisé par l'établissement auprès des secteurs spécifiques, notamment les soins infirmiers, depuis la réalisation des sondages. Un projet de réorganisation du travail a été réalisé. La philosophie de gestion devra être harmonisée avec la philosophie *Planetree*.

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* dispose de la documentation nécessaire, complète et à jour pour gérer ce processus. Les différentes composantes de ce processus sont bien connues par le personnel et diffusées par l'établissement. Les commentaires reçus permettent toutefois de constater que la supervision des activités professionnelles du personnel de soutien est appliquée de manière inégale selon les programmes. De plus, au regard des résultats obtenus au sondage sur la mobilisation du personnel, les mécanismes de rappel aux membres du personnel, concernant le programme d'aide aux employés et la politique de prévention du harcèlement, font l'objet d'une cible au plan d'amélioration.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
• Harmoniser la supervision du personnel de soutien dans l'ensemble des programmes.		X
	Date d'échéance :	

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Il reste du travail à faire au *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* pour formaliser et actualiser les mécanismes de collaboration entre certaines équipes de travail notamment en ce qui concerne la transmission des informations relatives à la clientèle entre l'hébergement et l'externe, et entre l'évaluation et la prise en charge. De plus, il reste à formaliser certains rôles et responsabilités, notamment pour les infirmiers/infirmières auxiliaires et les éducateurs.

Malgré le travail réalisé depuis l'agrément précédent au niveau des collaborations intra et inter équipes, des stratégies d'amélioration sont prévues au plan d'amélioration afin d'assurer la transmission en continu de l'information concernant la clientèle et pour définir formellement certains rôles et responsabilités.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
• Finaliser les travaux visant à améliorer la continuité de l'information clientèle en mettant en place des mécanismes de collaboration intra et inter équipes (externe/hébergement et évaluation/prise en charge).	X	
	Date d'échéance :	
	29 février 2016	

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* a élaboré un processus de gestion de la formation qui est formalisé. Une projection des formations est annuellement réalisée par l'équipe de direction, formalisée, diffusée et connue du personnel. Ces deux documents soutiennent la mise en œuvre de ce processus. Lors des rencontres, l'équipe visiteuse a pu constater que l'établissement offre plusieurs formations pour soutenir le déploiement de son offre de service spécialisé. Les formations sont ciblées et choisies en lien avec le développement des nouveaux programmes et standards de pratique de l'établissement. Ces formations sont très appréciées par les intervenants. Plusieurs mécanismes de transferts de connaissances sont identifiés.

L'établissement dispose de quelques mécanismes informels d'évaluation des retombées des formations dans le travail quotidien. Le plan d'amélioration prévoit la poursuite de formations clés pour soutenir le développement et la consolidation des approches cliniques. La révision et le déploiement du plan de développement des ressources humaines (PDRH) est également prévu, ainsi que la consolidation des mécanismes visant le transfert des connaissances intra et inter équipes, à la suite des formations. L'évaluation des retombées des différentes formations et des activités de développement des compétences est peu développée et n'est pas prévue au plan d'amélioration.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
• Identifier, mettre en place et assurer le suivi des mécanismes d'évaluation des retombées des différentes formations et des activités de développement des compétences sur la pratique professionnelle.		X
	Date d'échéance	

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

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

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La documentation présentée en appui à ce processus par le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* est complète. Les politiques et procédures requises pour sa gestion financière sont bien détaillées. Les moyens mis en place pour s'assurer d'une gestion financière efficace sont pertinents et adéquats et respectent les normes ministérielles. Des actions concrètes sont posées afin de soutenir les gestionnaires dans le processus financier.

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* possède plusieurs documents pour soutenir la réalisation du plan des ressources matérielles de ce processus. Par contre, le centre n'a pas de procédure de prévention et de contrôle des infections ni de procédure ayant trait à l'aménagement des lieux de façon sécuritaire.

Les procédures concernant la planification, les priorités et l'allocation des ressources matérielles sont bien connues et appliquées. Elles sont jugées adéquates. L'équipe visiteuse a pu observer l'efficacité des moyens pris par l'établissement concernant l'accessibilité, l'hygiène et l'entretien des locaux et des équipements au siège social. Cette dimension est cependant moins documentée. La connaissance et la pertinence du plan de signalisation sont jugées satisfaisantes au siège social, mais moins connues des employés des différents points de services de l'établissement. Les mesures de suivi garantissant le respect des normes sécuritaires pour la clientèle et le personnel nécessitent d'être consolidées. Lors du sondage de mobilisation du personnel, peu de membres du personnel mentionnaient connaître les risques potentiels liés à leur travail et avoir reçu une formation sur les normes de sécurité.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
• Se doter d'une procédure au regard de la prévention et du contrôle des infections et s'assurer de son application dans toutes les installations et les secteurs concernés.	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	30 novembre 2015	

Processus 14	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources informationnelles[3].	**TBM**

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Au *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie*, la gestion des ressources informationnelles est confiée par impartition au Technocentre régional. Les politiques et procédures requises pour ce processus sont adéquates et connues du personnel. Les moyens mis en place pour s'assurer d'une gestion informationnelle efficace sont pertinents, adéquats et respectent les normes ministérielles. Le personnel de l'établissement est satisfait du soutien reçu par le Technocentre régional. Les mesures de sécurité sont systématiquement appliquées. Périodiquement, des messages de rappel d'informations concernant la sécurité informationnelle sont adressés par l'intranet au personnel. Le centre a le souci d'assurer une sécurité optimale des données et se conforme à l'obligation légale rattachée à ce processus.

NORME VII : LE PLAN DE COMMUNICATION

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

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* a largement documenté ce processus. Outre les outils promotionnels développés, l'établissement dispose notamment d'une politique sur la documentation, d'un plan de communication et des bilans annualisés de ses communications. Le plan de communication est autant axé sur les communications internes et externes que sur la gestion des grands évènements de l'établissement. L'équipe visiteuse a constaté l'efficacité de l'intranet développé dans l'organisation. Cet outil est utilisé et apprécié du personnel.

Certains objectifs du plan d'amélioration touchent à la communication interne tels que la diffusion à l'interne de nouvelles et de bons coups et la bonification des stratégies de communication interne afin de maintenir et favoriser la vision commune du personnel face aux orientations et aux enjeux dans un contexte de changement et de transformation du réseau.

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* possède l'ensemble de la documentation nécessaire pour soutenir ce processus, notamment une politique sur la gestion des informations et des documents internes, un plan de gestion des archives et un calendrier de conservation approuvé par Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Le processus d'épuration des dossiers est à compléter dans les différents programmes et secteurs de l'établissement.

Par ailleurs, l'établissement participe à un projet régional de regroupement des archives. La réalisation de ce projet permettra au *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* d'optimiser ce processus et de pouvoir compter sur des ressources spécialisées dans la gestion de l'information clinique et des documents administratifs.

NORME VIII : LA GESTION DU PERSONNEL ET DES RESSOURCES ASSOCIÉES

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

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Lors de ses rencontres au *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie*, l'équipe visiteuse a constaté que ce processus était connu du personnel et appliqué. Toutefois, le cadre de référence sur l'encadrement et la supervision des personnes et des équipes sera à bonifier et à mettre à jour. Les outils ont été révisés et simplifiés, mais une concordance reste à faire afin de s'assurer qu'ils soient adaptés aux compétences développées par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), ce qui est prévu au plan d'amélioration de la qualité. Les intervenants estiment également qu'un travail de concordance reste à faire avec les valeurs et les orientations de l'établissement. Le centre a prévu ce travail dans son plan d'amélioration.

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Outre un Cadre de référence sur l'encadrement, la supervision des personnes et des équipes et l'évaluation de la contribution, le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* ne possède pas de politique ou de procédure qui balisent la supervision clinique. Selon le personnel concerné, l'établissement a déployé des moyens variés afin d'offrir de la supervision à son personnel clinique. Par contre, la supervision n'est pas inscrite dans un calendrier formel et est appliquée différemment dans les équipes.

Des indicateurs de gestion permettent difficilement de mesurer le nombre et l'évolution des supervisions offertes. Selon les intervenants, la supervision clinique serait également moins adaptée à certains secteurs, notamment en jeunesse. Le centre a prévu, dans son plan d'amélioration, de mettre en place des mécanismes formels pour s'assurer que les intervenants reçoivent de la supervision adaptée et sur une base régulière.

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* a une entente avec une seule ressource externe d'hébergement. L'établissement dispose de la documentation nécessaire pour soutenir ce processus. L'équipe visiteuse a constaté que cette ressource était connue et utilisée par des intervenants et des partenaires. Elle a également constaté la pertinence de cette ressource et la qualité des services offerts aux usagers.

Processus 20	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources bénévoles[6].	**SO**

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

L'établissement n'a pas évalué ce processus sur la base de la non-applicabilité.

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

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

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* dispose de plusieurs documents pour soutenir ce processus. Les mécanismes d'accès aux services et les critères de priorisation sont précisés. La majorité de ces documents ont été adoptés par l'établissement ou le comité de direction alors que certains documents clés, notamment les procédures d'accueil centralisé, sont présentés dans un document PowerPoint. Afin de clarifier les mécanismes de communication et le fonctionnement du processus accueil/évaluation/orientation (AEO), l'établissement aurait avantage à rassembler l'ensemble de sa documentation concernant ce processus afin de pouvoir la retrouver facilement.

Le processus d'accueil/évaluation/orientation des demandes de services est connu et appliqué par le personnel concerné, de même que les outils d'évaluation et d'analyse des besoins des usagers. Les critères de priorisation des demandes sont appliqués. La collaboration entre les équipes est à améliorer, particulièrement afin d'assurer le transfert de l'information et des échanges cliniques dans le processus d'accueil et d'orientation des usagers. Le centre ne dispose pas de mécanismes adéquats pour vérifier l'application du processus d'accueil et de traitement des demandes de services. Le plan d'amélioration prévoit des stratégies pour soutenir un meilleur transfert et une meilleure circulation de l'information clientèle entre les programmes et services, de même que le suivi de l'application du processus d'AEO.

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La politique de gestion des listes d'attente a récemment été révisée et diffusée au personnel. Elle permet au *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* de soutenir ce processus. L'équipe visiteuse a constaté que les intervenants maîtrisaient cette politique, qu'ils étaient régulièrement informés des délais d'attente et impliqués pour trouver des solutions. Les usagers en attente se voient assigner un intervenant et ont la possibilité de participer à des groupes de soutien lors de la période d'attente. L'utilisation des informations de gestion issues du système d'information clientèle permet un suivi rigoureux des listes d'attente et des délais d'attente par les gestionnaires.

L'établissement dispose d'indicateurs afin de mesurer les différents délais d'attente selon la trajectoire de service des usagers dans les différents volets de sa programmation clinique, en plus de la cible ministérielle d'attente pour la première évaluation.

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La documentation du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* pour ce processus est complète. Le formulaire de consentement libre et éclairé a été mis en place en avril 2015 et déposé lors de la visite.

La révision des plans d'intervention ne respecte pas toujours les échéanciers prévus.

Lors de la visite, l'établissement avait commencé à actualiser des actions d'optimisation de ses taux d'occupation prévues au plan d'amélioration (décloisonnement des catégories de lits). Plusieurs mesures prévues au plan d'amélioration pour bonifier ce processus restent à actualiser, notamment un meilleur suivi des absences aux entrevues, l'identification d'une durée de séjour optimal, assurer une plus grande rétention de la clientèle dans les différents programmes, une meilleure préparation de la clientèle lors de leur départ de l'hébergement.

Au regard des obligations légales, le centre aura à préciser certaines modalités entourant la mise en place des plans de services individualisés puisque ceux-ci ne sont pas toujours initiés par les intervenants, lorsque cela serait requis.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
Se conformer à l'obligation légale : • L'établissement élabore en plan de services individualisé pour les usagers devant recevoir, pour une période prolongée, des services nécessitant la participation d'autres intervenants, avec la collaboration de l'usager concerné. (Processus 23, aliéna b, art. 103 et 104 LSSSS)	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La documentation qui soutient la mise en œuvre de ce processus est à jour au *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie*. L'établissement possède des procédures et des règlements sur la gestion des plaintes et des insatisfactions, des rapports officiels « SIGPAQS », des bilans annuels, un dépliant, une section Internet ainsi que plusieurs outils de suivi qui permettent d'attester la formalisation de ce processus. Le personnel connaît et applique les démarches à réaliser pour informer et soutenir les usagers, tant dans la gestion des plaintes que dans la gestion des insatisfactions. Toutefois, un besoin de clarification des termes « insatisfaction » et « plainte » est identifié ainsi que les procédures à suivre dans ces 2 cas; cette clarification est prévue au plan d'amélioration.

Au regard des résultats obtenus aux différents sondages clientèle concernant la simplicité des procédures pour porter plainte, l'équipe visiteuse a constaté que le travail du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services mériterait d'être mieux connu dans l'établissement et que les outils d'information devraient être mieux adaptés au profil de la clientèle.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
• S'assurer que le rôle et le mandat du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services soient connus et que les outils d'information soient adaptés aux clientèles en réadaptation en dépendance et en santé mentale.		X
	Date d'échéance :	

NORME X : LA SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS

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

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

À la suite de l'agrément précédent, le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* devait élaborer et mettre en œuvre des guides et des protocoles d'intervention clinique en lien avec la gestion et la distribution des médicaments, et les interventions auprès des clients agressifs ou en désorganisation. Des protocoles portant sur les ordonnances collectives, la gestion des médicaments et l'intervention auprès de clients agressifs ou en désorganisation ont été adoptés en 2012 et transmis au CQA. L'établissement n'a pas répondu à plusieurs exigences documentaires du CQA notamment en ce qui concerne le protocole sur la prévention des infections, la procédure de dépistage du risque nutritionnel et la procédure de mise à jour de l'inventaire des médicaments. Lors de l'évaluation de ce processus, l'équipe d'évaluation soulignait que plusieurs documents devaient encore être rédigés et révisés.

Pour l'actualisation, l'équipe visiteuse a constaté que les protocoles existants, particulièrement ceux en matière de distribution des médicaments et du code blanc, étaient peu connus du personnel. De plus, les boutons panique n'étaient pas portés par tous et l'établissement n'a pas statué sur cette question.

Concernant l'adéquation, selon les intervenants, les protocoles ne seraient pas adaptés aux différents milieux d'intervention, notamment pour les services externes. Le protocole de gestion des médicaments serait à bonifier au regard des modifications apportées à l'organisation du travail, notamment en ce qui concerne la délégation aux infirmières auxiliaires et aux éducateurs.

Dans le plan d'amélioration, l'établissement a identifié des moyens pour s'assurer du suivi et de la révision des protocoles cliniques. L'appropriation de la culture de sécurité et de gestion des risques est à faire dans l'établissement.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
• Réviser le protocole de gestion des médicaments au regard des modifications apportées à l'organisation du travail, notamment en ce qui concerne la délégation aux infirmières auxiliaires et aux éducateurs. • S'assurer de son application auprès des intervenants concernés.	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	29 février 2016	
• Élaborer, adopter et diffuser les protocoles portant sur : - la procédure de dépistage du risque nutritionnel; - le port du bouton panique; - la procédure de mise à jour de l'inventaire des médicaments.	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	29 février 2016	

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Plusieurs documents exigés par le CQA ne sont pas disponibles au *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie*, notamment le plan local de gestion des pandémies et de l'influenza, le règlement sur les mesures de soutien en cas d'accident, le système d'identification des matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT), et le plan de formation sur la sécurité de la clientèle. Des cibles du plan d'amélioration prévoient de compléter la documentation en lien avec ce processus. Le centre a entrepris des démarches pour se doter d'un plan des mesures d'urgence (PMU) révisé répondant à sa nouvelle situation en lien avec l'aménagement des locaux au siège social. L'équipe visiteuse a constaté que, malgré le fait que le PMU nécessite une mise à jour, les exercices d'évacuation sont réalisés, la signalisation est adéquate, l'équipement nécessaire pour soutenir l'évacuation est facilement accessible et les équipes connaissent les procédures à suivre en cas d'urgence. L'appropriation des mesures mises en place pour assurer la sécurité et la gestion préventive des risques doit être poursuivie au siège social et devra être connue des points de services. Le plan d'amélioration prévoit des stratégies pour développer les pratiques sécuritaires. Bien que le personnel soit formé en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et qu'une formation Oméga soit en cours, le sondage mobilisation souligne un besoin d'informations et de formation de la part du personnel.

L'identification des risques doit être réalisée en lien avec le profil de la clientèle. Tout au long des rencontres avec le personnel de l'établissement et lors de la visite des installations, l'équipe visiteuse a constaté une méconnaissance du personnel envers la gestion intégrée des risques, c'est-à-dire une vision globale des risques incluant les risques autres que cliniques, ainsi que tout le volet préventif. Des mécanismes de surveillance et de reddition de comptes doivent également être mis en place. L'équipe visiteuse encourage l'établissement à poursuivre les efforts de mise en place d'une culture de la sécurité et de la gestion préventive des risques.

Lors de la visite de la ressource externe d'hébergement et dans les échanges avec l'établissement, l'équipe visiteuse a constaté que la connaissance des rôles et des responsabilités, notamment dans la gestion des accidents/incidents, était méconnue de la direction de l'établissement et du comité de gestion de risque. De plus, la ressource ne respectait pas de façon systématique les règles de déclaration et de suivi des évènements; un flou existait

concernant l'information transmise au centre et le rôle et les responsabilités des intervenants du centre envers cette ressource.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
• Élaborer, adopter et diffuser les références documentaires exigées : - plan local de gestion des pandémies et influenza; - système d'identification des matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT); - plan de formation sur la sécurité de la clientèle; - politique de prévention et de gestion des risques; - plan de mesures d'urgence incluant le calendrier annuel des exercices d'évacuation.	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	31 août 2016	
Se conformer à l'obligation légale : • Le conseil d'administration adopte un règlement prévoyant les mesures de soutien, incluant les soins appropriés, mises à la disposition de l'usager ou ses représentants lorsque survient un accident. Le règlement prévoit les mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident. (Processus 26, alinéa j, art. 235.1, LSSSS)	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	31 août 2016	
• Établir un mécanisme clair sur la gestion des incidents/accidents dans la ressource d'hébergement et en assurer le suivi. • S'assurer que le personnel de l'établissement et le personnel de la ressource externe d'hébergement comprennent et appliquent leurs rôles et responsabilités en ce qui concerne la gestion des accidents-incidents	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	29 février 2016	

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

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

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* dispose des documents nécessaires pour soutenir ce processus qui est connu et appliqué par les intervenants. Une politique globale et récente de gestion du dossier de l'usager est disponible. Une procédure de gestion des normes de rédaction des dossiers guide les intervenants. Les modalités concernant la tenue du dossier de l'usager et la circulation des renseignements personnels sont complètes et à jour.

Toutefois, les mesures de suivi sont incomplètes. Les évaluations qualitatives des dossiers sont sommaires. Des audits ne sont pas réalisés pour évaluer le niveau d'appropriation et d'application par les intervenants. L'établissement a retenu cette dimension dans son plan d'amélioration.

Évaluation de la capacité d'amélioration

La disponibilité de l'information

La cote du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* est ***diminuée.***

L'établissement dispose d'un bon volume d'informations pour soutenir la mise en œuvre de la majorité de ses processus. La documentation requise pour l'ensemble des processus est généralement disponible. L'établissement dispose d'un tableau de bord et de certains indicateurs administratifs et de gestion. Toutefois, il intègre peu les informations requises pour apprécier la mise en œuvre et l'efficience de son offre de service, de ses normes et processus, de même que la réalisation de son plan d'amélioration.

Un des objectifs du plan d'amélioration 2011 concernait la mise en place des mécanismes de suivi et des indicateurs cliniques, administratifs et de gestion. Selon l'évaluation de l'établissement, il s'agit de l'objectif qui atteint le plus faible degré de réalisation, particulièrement en ce qui concerne la mise en place d'un cadre de référence en lien avec la performance et la comparaison avec les autres centres de réadaptation en dépendance.

Les indicateurs de gestion n'étaient pas intégrés dans l'analyse des processus dans le dossier présenté en soutien à la visite d'agrément. Des documents n'étaient pas intégrés sur le plan de l'information. Le centre s'est dit désireux de développer une culture de la mesure en introduisant davantage l'identification et l'analyse d'indicateurs cliniques, administratifs et de gestion pour apprécier la qualité et l'efficience de ses activités.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
• Développer une culture de la mesure en identifiant et en intégrant l'analyse d'indicateurs cliniques, administratifs et de gestion permettant d'évaluer la qualité et l'efficience de son offre de service.	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	

La pertinence de l'analyse

La cote du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* est ***diminuée.***

La lecture du dossier de l'établissement démontre que l'analyse et la synthèse des différentes sources d'informations des sondages et de l'équipe d'évaluation sont succinctes et peu détaillées. L'analyse de certains processus se résume à quelques commentaires. L'analyse est peu critique, incomplète et présente peu de liens avec les sondages, la planification stratégique et le

précédent agrément. Les cotes attribuées par l'établissement à de nombreuses qualités normatives sont souvent peu soutenues au regard de la réalité des pratiques et des exigences du cadre normatif. Les pistes d'amélioration ne sont pas toujours cohérentes avec l'analyse présentée.

Il faut se souvenir que le CRDE a réalisé la démarche en six mois et réussit tout de même a maîtrisé cette qualité normative.

La pertinence du plan d'amélioration

La cote du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* est ***diminuée.***

Pour les personnes rencontrées, les différentes dimensions du plan d'amélioration sont compréhensibles et reflètent les enjeux actuels et les zones d'amélioration. Le personnel adhère au plan. Celui-ci se situe en continuité avec la planification stratégique et le précédent plan d'amélioration de l'établissement.

Le lien entre l'analyse au dossier de l'établissement et l'élaboration du plan d'amélioration ne ressort pas toujours facilement. Cependant, le plan d'amélioration tient compte de certains projets régionaux, notamment le regroupement des archives et l'adhésion des établissements de la région à Planetree. Le plan d'amélioration garde des chantiers importants pour l'actualisation de la mission à travers sa programmation et l'accessibilité aux services.

L'établissement devra revoir sa priorisation au regard de la sécurité et de la gestion préventive des risques, des obligations légales et réglementaires non conformes, de la documentation manquante à certains processus clés et du déploiement de la nouvelle instance régionale. L'équipe visiteuse note également que le plan ne prévoit pas de cible d'amélioration en lien avec le développement d'indicateurs de performance et d'efficience.

Le réalisme du plan d'amélioration

La cote du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* est ***confirmée.***

Plusieurs des stratégies de réalisation sont amorcées ou représentent des incontournables qui devront être mis en place. Les échéanciers couvrent l'ensemble du cycle d'agrément. Finalement, notons que les membres de l'équipe d'évaluation ont indiqué que le plan d'amélioration reflétait bien les préoccupations identifiées dans le cadre de la démarche réalisée. L'équipe d'évaluation reconnaît que le plan d'amélioration s'inscrit dans la continuité des changements déjà entrepris et de la planification stratégique de l'établissement. Toutes les personnes rencontrées ont partagé leur volonté de contribuer à sa mise en œuvre.

La capacité d'adaptation

La cote du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* est ***confirmée.***

Ces trois dernières années, le centre a su démontrer sa capacité d'adaptation aux différents défis, toujours réalisés dans l'intérêt des usagers, notamment dans la mise en œuvre d'un projet majeur de relocalisation. Il a démontré sa capacité d'adaptation en adhérant et développant une offre de service spécialisé de réadaptation et de nouveaux programmes dans un contexte de pénurie de ressources. Pouvant compter sur un personnel mobilisé qui partage sa vision et qui adhère aux changements de pratiques, ainsi que sur une équipe de gestion renouvelée, l'établissement saura s'adapter pour réaliser son plan d'amélioration dans son nouvel environnement.

La capacité de mise en œuvre

La cote du *Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie* est ***diminuée.***

Le CRDE a débuté la mise en œuvre de sa planification stratégique et a réalisé une grande partie son plan d'amélioration de l'agrément 2011-2014. Ces travaux ont été réalisés concurremment à un projet majeur de relocalisation visant l'intégration de tous les services dans un même site entre 2011 et 2013, ainsi qu'une démarche d'étude visant une intégration avec deux autres établissements en 2014.

Par ailleurs, environ 70 % des recommandations de l'agrément précédent du CQA ont été réalisées intégralement et 30 % ont été réalisées partiellement. L'équipe visiteuse constate qu'il a été difficile pour le CRDE de mettre en œuvre tous les objectifs inscrits dans le plan d'amélioration précédent, particulièrement concernant la prestation d'interventions sécuritaires. L'établissement aura à identifier un porteur de dossier au sein de l'équipe de direction ainsi qu'un mécanisme de suivi du plan d'amélioration.

SECTION 3

Les recommandations du CQA

Les recommandations

Le CQA adresse une recommandation à l'organisation lorsque cette dernière ne répond pas de manière satisfaisante à une exigence (obligation légale ou critère) du cadre normatif jugée importante et nécessaire pour se conformer aux normes d'agrément et aux objectifs 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;
- lorsque l'organisation n'a pas réalisé l'actualisation d'une recommandation de l'agrément précédent;
- lorsqu'un élément ou une incidence sur la gestion de l'organisation, sur la gouvernance ou sur la gestion du personnel compromet la qualité des services à court terme et la poursuite de l'amélioration continue de la qualité.

La recommandation est alors accompagnée d'une échéance.

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

Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 21 décembre 2011

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
Processus n° 1 concernant la vision, les valeurs et l'engagement qualité Réviser sa vision qualité et son engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des services. Faire adopter son engagement qualité, incluant les volets santé, sécurité et éthique, par le conseil d'administration de l'établissement. Diffuser son engagement qualité et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel	x		
Processus n° 5 concernant la gestion des activités d'enseignement Vérifier systématiquement les antécédents judiciaires des stagiaires.	x		
Processus n° 10 concernant l'encadrement des équipes de travail Compléter la documentation des mécanismes de collaboration intra et inter équipe.		x	
Processus n° 11 concernant le développement des connaissances et des compétences du personnel Préparer, avec la participation de ses employés, et le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres, un plan d'action triennal, pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel qui contient, entre autres, des mesures relatives au maintien de la compétence et au perfectionnement des employés. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à l'agence *(art. 231, LSSSS)*. Mettre en place des mécanismes lui permettant d'évaluer les retombées de la formation et des activités de développement de compétences.	x		
Processus n° 13 concernant la gestion des ressources matérielles Élaborer un plan d'entretien des locaux, procéder à son application **et en faire rapport au CQA <u>au bilan de la 1re année du plan d'amélioration</u>**. Se doter de guides et de protocoles concernant l'hygiène et la salubrité des lieux physiques **et en faire rapport au CQA <u>au bilan de la 1re année du plan d'amélioration</u>**.	x		

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
Processus n° 24 concernant la gestion des plaintes et les insatisfactions de la clientèle Relancer le mécanisme de déclaration, par le personnel, des insatisfactions exprimées par la clientèle.	x		
Processus n° 26 concernant la prestation d'interventions sécuritaires pour les clientèles et le personnel S'assurer de l'application des mécanismes relatifs à la gestion des risques, notamment la déclaration systématique des incidents/accidents. Mettre à jour son plan d'évacuation, effectuer des exercices d'évacuation des locaux **et en faire rapport au CQA le 1er juin 2012**. Recenser les risques potentiels pour la clientèle et le personnel, et ce, afin de mettre en œuvre des mesures de prévention.		x	
En soutien à l'analyse de l'établissement 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° 2 concernant la détermination et la configuration des programmes et des services Préparer et réviser tous les trois ans son plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique *(art. 183, LSSSS)*. Faire adopter son plan d'organisation par son conseil d'administration. Diffuser son plan d'organisation et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel.	x		
Processus n° 3 concernant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle Mettre en place et administrer un système continu d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.	x		
Processus n° 11 concernant les connaissances et les compétences du personnel Mettre à jour et diffuser sa politique de formation incluant : - la définition des priorités, - le plan triennal de formation du personnel *(en lien avec l'article 231 de la LSSSS)*.	x x		

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
Processus n° 25 concernant la gestion de l'utilisation des protocoles et guides d'intervention clinique			
S'assurer de la diffusion et de l'appropriation des guides et protocoles d'intervention clinique **et en faire rapport au CQA au bilan de la 1re année du plan d'amélioration**	x		
Élaborer et mettre en œuvre des guides et des protocoles d'intervention clinique en lien avec :			
- la gestion et la distribution des médicaments,		x	
- les interventions auprès des clients agressifs ou en désorganisation **et en faire rapport au CQA le 1er juin 2012**.		x	
À ce titre et afin de soutenir l'établissement dans l'atteinte de l'ensemble de ses objectifs d'amélioration, l'établissement pourra acheminer chaque année, au CQA, une copie du bilan de la mise en œuvre de son plan d'amélioration, lui permettant ainsi de bénéficier d'une rétroaction et de conseils, en lien avec les exigences de l'agrément.			

Recommandations du comité de validation du CQA du 25 mai 2015

Recommandations	Faire rapport au CQA
Processus 3 : Se conformer à l'obligation réglementaire pour les usagers qui sont hébergés en mission santé mentale : ▪ « … Lorsque l'établissement exploite un centre offrant des services à des usagers hébergés, il doit mettre sur pied, dans chacune des installations du centre, un comité de résidents… » (Processus 3, alinéa b, art. 209, LSSSS)	**30 novembre 2015**
Processus 5 : Se conformer à l'obligation réglementaire : ▪ a) L'établissement adopte des règlements portant sur les points suivants, lorsqu'ils relèvent du champ d'activité de l'établissement : l'organisation de l'enseignement et la recherche dans l'établissement. Ces règlements font l'objet d'une consultation préalable du CMDP lorsque le règlement a une incidence sur les responsabilités de ce dernier. (Processus 5, alinéa a, art. 106 et 505 [6], LSSSS; art. 6 [9], Règlement sur l'org. et l'adm.)	
Processus 6 : ▪ Définir ses orientations en matière d'innovation dans les pratiques et la gestion; ▪ Identifier les modalités de soutien à l'innovation dans l'établissement.	
Processus 9 : ▪ Harmoniser la supervision du personnel de soutien dans l'ensemble des programmes.	
Processus 10 : ▪ Finaliser les travaux visant à identifier les zones et les mécanismes de collaboration intra et inter équipes dans chacun des secteurs d'activités.	**29 février 2016**
Processus 11 : ▪ Identifier, mettre en place et assurer le suivi des mécanismes d'évaluation des retombées des différentes formations et des activités de développement des compétences sur la pratique professionnelle.	
Processus 13 : ▪ Se doter d'une procédure au regard de la prévention et du contrôle des infections et s'assurer de son application dans toutes les installations et les secteurs concernés.	**30 novembre 2015**

Recommandations	Faire rapport au CQA
Processus 23 : Se conformer à l'obligation légale : ▪ L'établissement élabore en plan de services individualisé pour les usagers devant recevoir, pour une période prolongée, des services nécessitant la participation d'autres intervenants, avec la collaboration de l'usager concerné. (Processus 23, aliéna b, art. 103 et 104 LSSSS)	
Processus 24 : ▪ S'assurer que le rôle et le mandat du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services soient connus et que les outils d'information soient adaptés aux clientèles en réadaptation en dépendance et en santé mentale.	
Processus 25 : ▪ Réviser le protocole de gestion des médicaments au regard des modifications apportées à l'organisation du travail, notamment en ce qui concerne la délégation aux infirmières auxiliaires et aux éducateurs. ▪ S'assurer de son application auprès des intervenants concernés.	**29 février 2016**
▪ Élaborer, adopter et diffuser les protocoles portant sur : - la procédure de dépistage du risque nutritionnel; - le port du bouton panique; - la procédure de mise à jour de l'inventaire des médicaments.	**29 février 2016**
Processus 26 : ▪ Élaborer, adopter et diffuser les références documentaires exigées : - plan local de gestion des pandémies et influenza; - système d'identification des matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT); - plan de formation sur la sécurité de la clientèle; - politique de prévention et de gestion des risques; - plan de mesures d'urgence incluant le calendrier annuel des exercices d'évacuation.	**31 août 2016**
Se conformer à l'obligation légale : ▪ Le conseil d'administration adopte un règlement prévoyant les mesures de soutien, incluant les soins appropriés, mises à la disposition de l'usager ou ses représentants lorsque survient un	**31 août 2016**

Recommandations	Faire rapport au CQA
accident. Le règlement prévoit les mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident. (Processus 26, alinéa j, art. 235.1, LSSSS)	
▪ Établir un mécanisme clair sur la gestion des incidents/accidents dans la ressource d'hébergement et en assurer le suivi. ▪ S'assurer que le personnel de l'établissement et le personnel de la ressource comprennent et appliquent leurs rôles et responsabilités en ce qui concerne la gestion des accidents-incidents	**29 février 2016**
Disponibilité de l'information ▪ Développer une culture de la mesure en identifiant et en intégrant l'analyse d'indicateurs cliniques, administratifs et de gestion permettant d'évaluer la qualité et l'efficience de son offre de service.	

ANNEXES

Définition des normes d'excellence

10 normes d'excellence

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

Définition des processus organisationnels

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

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

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

Documentation : le processus est appuyé par un support documentaire.

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

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

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

Définition de la capacité d'amélioration

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

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

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

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

Relation avec le client	
Cet indicateur concerne la relation qui s'établit entre le personnel et l'usager. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.	
Respect	Considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à nous conduire envers elle avec réserve et retenue. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif à la vie privée de l'usager. 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-divulgation à des personnes non autorisées.
Empathie	Attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive du client, une considération de la globalité de la personne.
Accessibilité	Qualité assurant la disponibilité des services et leur accès aux services sur le plan de la géographie, des installations physiques, des heures d'ouverture, de la langue et de la culture.

Prestation professionnelle	
Cet indicateur, qui touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins des usagers par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.	
Fiabilité	Aptitude d'un système à garantir à chaque usager l'utilisation de pratiques diagnostiques et thérapeutiques sécuritaires et au moindre risque, assurant le meilleur résultat en termes de santé et de bien-être, conformément à l'état actuel des connaissances et pour la plus grande satisfaction de l'usager, 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'usager 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'usager (sa famille, ses proches, etc.) dans l'organisation et la prestation de services.

Organisation des services	
Cet indicateur, qui touche l'organisation des services, réfère à l'environnement et au contexte qui en entoure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort; les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent en assurer ou non la rapidité et la continuité.	
Simplicité	Qualité destinée à faciliter l'utilisation et la compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. Elle concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétention) que les choses qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser.
Continuité	Qualité assurant une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'usager et la circulation de l'information.
Rapidité	Caractéristique qui permet d'obtenir une réponse à une demande de services, ou au service lui-même, dans un laps de temps raisonnable.
Confort	Bien-être matériel résultant d'un environnement physique chaleureux caractérisé par des lieux sécuritaires, propres et ordonnés.

Définition des indicateurs de la mobilisation du personnel

Réalisation	La réalisation fait référence aux besoins les plus élevés d'un individu. Les employés les plus créatifs recherchent, dans leur environnement de travail, des occasions de changer des choses, d'innover, d'inventer et de créer.[4]
Implication	Une organisation n'implique pas une personne, elle s'implique elle-même en agissant dans le sens des buts et des valeurs poursuivis par l'organisation. Cela suppose une compatibilité entre les choix de vie et les valeurs de l'individu, avec celle de l'organisation. L'implication se traduit par un engagement de la personne dans ce qu'elle fait.
Collaboration	La collaboration témoigne de la présence d'un esprit d'équipe ou d'une capacité à travailler en équipe. Elle résulte d'un développement d'attitudes et de comportements spécifiques, permettant aux individus d'œuvrer de façon continue en situation d'interdépendance.
Soutien	Le soutien fait référence aux notions de « coaching », de supervision et de valorisation des employés et des membres des équipes. Il implique que les gestionnaires fournissent les ressources adéquates, l'entraînement nécessaire à l'atteinte des résultats attendus et la reconnaissance des efforts accomplis.
Communication	Un employé sera d'autant plus mobilisé qu'il comprend ce qu'on attend de lui et s'il sent que l'organisation est à l'écoute de ses préoccupations et s'efforce d'y répondre. Il est donc essentiel qu'il y ait une bonne circulation de l'information ainsi qu'un échange entre la direction et les employés dans un esprit d'honnêteté et de transparence.
Leadership organisationnel	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.
Leadership du gestionnaire	Aptitude d'un individu à susciter la mobilisation et la performance globale de ses employés. Qui n'a pas de difficulté à susciter un climat de confiance, car il est perçu comme quelqu'un qui sait où il va. Ces leaders inspirent leurs collaborateurs en communiquant une vision claire et partagée de la mission et en établissant des objectifs stimulants et rassembleurs.
Sécurité et environnement de travail	Capacité d'une organisation à assurer la sécurité et la santé du personnel à son emploi et à toute autre personne ayant à circuler sur les lieux physiques de l'organisation (clientèle, famille, stagiaires, partenaires, etc.). L'environnement de travail se doit d'être fonctionnel, sain et sécuritaire, conforme aux différentes réglementations et normes de sécurité applicables dans son domaine d'activités. L'organisation met l'emphase sur la prévention, la réduction des risques et la mise en place de systèmes de contrôle efficaces garantissant le bon fonctionnement des appareils, le respect des consignes de sécurité par le personnel, de même que le respect des façons de faire ou d'agir préconisées pour chaque type d'activités offertes.

[4] Kélada, Joseph N., op. cit.

Lexique

---

[1] Par **engagement qualité**, le CQA entend l'implication formelle du conseil d'administration et de la direction générale dans la mise en place et à l'animation d'un système qualité au sein de l'organisation par la détermination et l'adoption notamment, des orientations quant à l'amélioration continue de la qualité des services de l'organisation.

[2] **Comité éthique de la recherche** : en vertu de l'article 21 du *Code civil du Québec* (C.c.Q.), les projets de recherche qui impliquent des mineurs et des majeurs inaptes ou dont l'inaptitude est subite doivent obligatoirement être approuvés et suivis par un comité d'éthique de la recherche (CÉR) (ethique-msss.gouv.qc.ca).

[3] Par « **actif informationnel** », on entend une banque d'information électronique, un système d'information, un réseau de télécommunication, une technologie de l'information, une installation ou un ensemble de ces éléments.

[4] Par **« ressources associées »,** le CQA entend les responsables RI-RTF, les bénévoles, les agents de sécurité et toute autre ressource avec laquelle une entente contractuelle a été conclue.

[5] La **supervision clinique** inclut l'appréciation de l'acte professionnel et l'évaluation des interventions cliniques, entre autres par les différents conseils professionnels. Il est donc ici question des intervenants cliniques. La notion de supervision clinique fait référence à l'accompagnement professionnel des intervenants ayant pour but de les aider à développer leur capacité d'intervention clinique auprès des usagers. La notion d'encadrement clinique fait référence aux résultats attendus en termes de productivité et de performance du travail des intervenants cliniques. Ces deux types d'accompagnement nécessitent parfois deux accompagnateurs différents, mais sont, dans la réalité, souvent offerts par la même personne bien qu'il s'agisse de deux contextes différents.

[6] Le terme **bénévole** réfère aux personnes œuvrant directement auprès de la clientèle, sans obligation et sans rémunération. Ainsi, les bénévoles siégeant au conseil d'administration de l'organisation ne sont pas visés par ce processus, mais ceux qui sont assignés au transport ou à l'accompagnement des usagers dans une activité quelconque le sont.