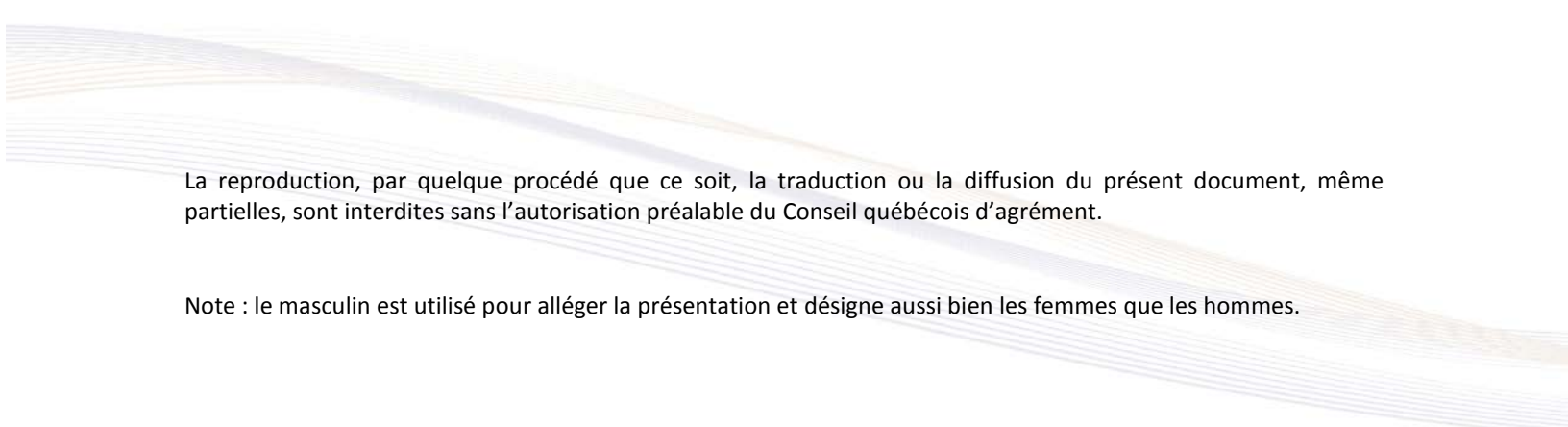


**Rapport d'agrément  
Centre intégré de santé et  
de services sociaux de Laval -  
*Centre de réadaptation en déficience  
intellectuelle et en troubles envahissants du  
développement de Laval***

30 novembre 2015

The bottom of the page features a decorative graphic consisting of several overlapping, wavy lines in shades of light blue, grey, and beige, creating a sense of movement and depth.

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

Le Conseil québécois d’agrément .....	4
Le modèle d’agrément du CQA.....	5
<b>SECTION 1 .....</b>	<b>6</b>
<b>Les résultats et la décision d’agrément.....</b>	<b>6</b>
Mise en contexte .....	7
Synthèse des principales forces et des principaux défis.....	8
Sondages .....	9
Degré de satisfaction de la clientèle du <i>CRDITED de Laval</i> .....	9
Degré de mobilisation du personnel du <i>CRDITED de Laval</i> .....	15
Normes et processus organisationnels .....	18
Capacité d’amélioration .....	19
La décision d’agrément.....	20
<b>SECTION 2 .....</b>	<b>21</b>
<b>Évaluation détaillée de l’équipe visiteuse .....</b>	<b>21</b>
NORME I : UNE VISION, DES VALEURS ET UN ENGAGEMENT QUALITÉ.....	23
NORME II : UNE OFFRE CONCERTÉE DE SERVICE.....	24
NORME III : UNE INTERACTION CONTINUE AVEC LE MILIEU .....	26
NORME IV : DES STRATÉGIES D’INNOVATION ET DE DÉVELOPPEMENT.....	27
NORME V : LA MOBILISATION ET LA VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES .....	29
NORME VI : UNE GESTION EFFICIENTE DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES.....	32
NORME VII : LE PLAN DE COMMUNICATION .....	35
NORME VIII : LA GESTION DU PERSONNEL ET DES RESSOURCES ASSOCIÉES .....	37
NORME IX : LA QUALITÉ DANS L’ORGANISATION DES PRESTATIONS DE SERVICE .....	41
NORME X : LA SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS .....	44
<b>Évaluation de la capacité d’amélioration .....</b>	<b>47</b>
<b>SECTION 3 .....</b>	<b>49</b>
<b>Les recommandations du CQA .....</b>	<b>49</b>
Suivi apporté par l’équipe visiteuse aux recommandations date du dernier agrément .....	51
Recommandations du comité décisionnel du CQA, .....	56
du inscrire la date .....	56
<b>ANNEXES.....</b>	<b>58</b>
Définition des normes d’excellence.....	58
Définition des processus organisationnels .....	59
Définition de la capacité d’amélioration.....	60
Définition des indicateurs de la satisfaction de la clientèle et des dimensions de la qualité .....	61
Définition des indicateurs de la mobilisation du personnel .....	63
Lexique.....	64

## INTRODUCTION

### Le Conseil québécois d'agrément

Le Conseil québécois d'agrément (CQA), organisme d'agrément reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et 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 de santé et de services sociaux - Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Laval*<sup>1</sup>.

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, 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 *CRDITED de Laval* des guides et des outils afin de lui permettre de réaliser une analyse rigoureuse et exhaustive de son fonctionnement et de la qualité de ses services.

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

Le dossier, constitué par le *CRDITED de Laval*, 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 *CRDITED de Laval* 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 *CRDITED de Laval*, tout au long de cette période.

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

---

<sup>1</sup> Dans le but d'alléger la lecture, l'organisation sera nommée *CRDITED de Laval* 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
- 6 indicateurs (réalisation, implication, collaboration, soutien, communication, leadership)

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

### Organisation

#### ⇒ **10 normes**

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

#### ⇒ **Processus organisationnels**

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

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

### Amélioration continue

#### ⇒ **Plan d'amélioration**

#### ⇒ **6 qualités normatives**

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

**Standard requis :** 6 qualités normatives maîtrisées ou très bien maîtrisées

# **SECTION 1**

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

**du**

***CRDITED de Laval***

A decorative graphic at the bottom of the page consisting of multiple thin, overlapping wavy lines in shades of light blue and grey, creating a sense of motion and depth.

## Mise en contexte

Le *CRDITED de Laval* s'est engagé dans sa quatrième démarche d'agrément au printemps 2014 par la réalisation des sondages requis. Il a ensuite amorcé l'évaluation des normes et des processus à l'automne de la même année. Trois équipes d'évaluation ont été constituées en fonction des différentes catégories d'emplois de l'organisation afin d'assurer la représentativité de l'ensemble des acteurs. Ces équipes et les gestionnaires responsables des processus ont évalué les 27 processus organisationnels.

La visite du *CRDITED de Laval* s'est déroulée du 26 au 29 octobre 2015. L'équipe visiteuse a rencontré l'équipe de direction composée de la PDG et de la PDGA du *Centre intégré de santé et de services sociaux*, la DG sortante, le directeur et la directrice adjointe du programme DI-TSA-DP. Différentes instances ont également pu discuter avec les membres de l'équipe visiteuse : le comité d'agrément, des représentants du conseil d'administration antérieur, le comité des opérations, le conseil multidisciplinaire et le conseil des infirmiers et infirmières actif lors de la démarche, des membres du comité de gestion des risques et de la qualité actif lors de la démarche, des représentants de ressources intermédiaires et de ressources de type familial, les équipes d'évaluation et les gestionnaires responsables des processus.

L'équipe visiteuse a également visité la Résidence Louise-Vachon, deux ressources intermédiaires, le point de service Étincelle ainsi que le siège social.

## Synthèse des principales forces et des principaux défis

Les principales forces sur lesquelles le *CRDITED de Laval* 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 forces

- Une relation de qualité et une préoccupation pour le mieux-être des usagers.
- Un engagement soutenu du personnel dans un contexte de grande transformation.
- Une perception positive de l'intégration au CISSS de Laval, considérée comme étant une fenêtre d'opportunité d'amélioration des services.
- L'adaptation d'une offre de services spécialisés en fonction des besoins de plus en plus complexes de la clientèle.
- Une pratique professionnelle de plus en plus rigoureuse qui s'appuie sur les données probantes des cadres de référence et de la recherche.
- Un soutien clinique pertinent et adapté.
- L'émergence d'une collaboration multidisciplinaire avec les partenaires internes et externes, qui favorise le développement de continuums de services.
- Des instances professionnelles dynamiques qui contribuent à l'amélioration des services.

### Les principaux défis

- Conserver la mobilisation des équipes dans le contexte des changements en cours.
- Préserver et renforcer les acquis de qualité des services.
- Faire connaître les besoins de la clientèle DI-TSA et promouvoir l'expertise spécialisée développée.
- Harmoniser les pratiques cliniques et administratives à travers l'ensemble des programmes de l'offre de service.
- Arrimer la coordination interservices pour une meilleure continuité des services.
- Refaire le pont avec le réseau RI-RTF au profit d'un continuum de services.
- Faciliter la fluidité des transferts entre les services et les épisodes de services.
- Garantir une protection des renseignements personnels des usagers à travers l'ensemble du *CRDITED de Laval*.
- Poursuivre le développement d'une culture de prestation sécuritaire des services dans tous les secteurs d'activité de l'organisation.



## Sondages

<b>Degré de satisfaction de la clientèle (usagers aptes et proches répondants) du CRDITED de Laval</b>		
<b>Indicateurs de la satisfaction de la clientèle</b>	<b>Résultat %</b>	<b>Cote</b>
Relation avec le client	<b>87</b>	<b>2</b>
Prestation professionnelle	<b>84</b>	<b>2</b>
Organisation des services	<b>78</b>	<b>2</b>

**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.

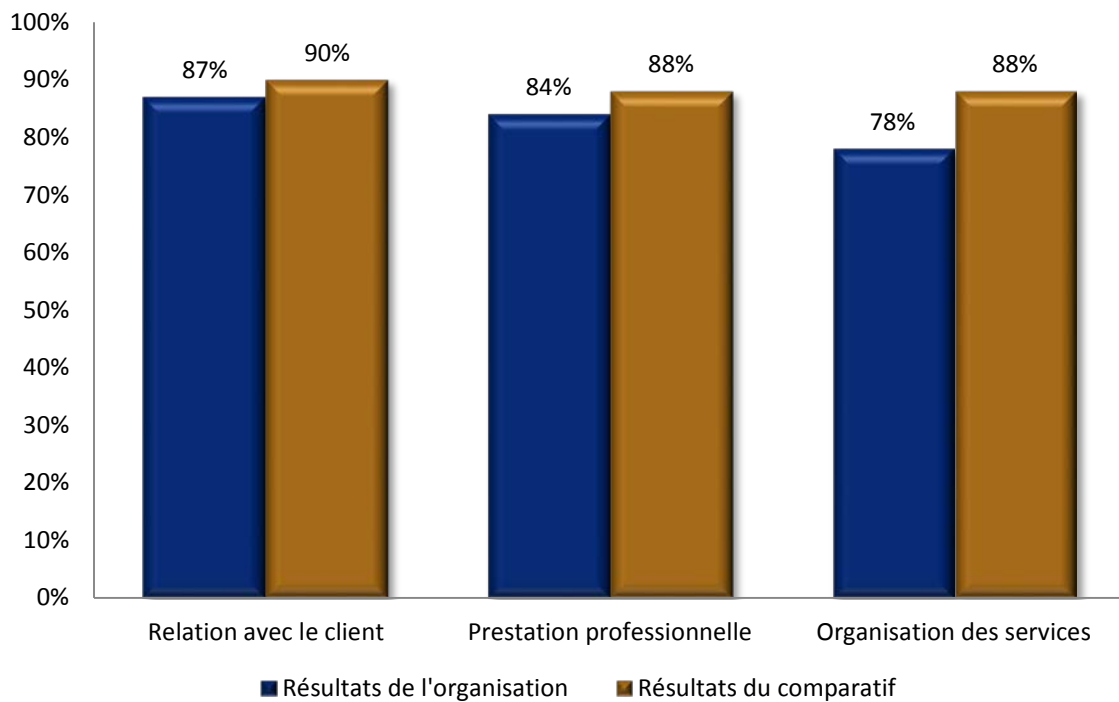
**Cote 3 : Résultat très satisfaisant au regard des standards requis**  
La limite inférieure du résultat de l'établissement se situe au-dessus de la limite supérieure du comparatif.

123 usagers aptes et 106 proches répondants pour l'utilisateur ont répondu au sondage en juin 2014, soit en entrevue, soit à l'aide d'un questionnaire, afin de connaître leur degré de satisfaction. Les résultats des trois indicateurs (*relation avec le client, prestation professionnelle et organisation des services*<sup>2</sup>) se situent à l'intérieur des limites du comparatif.

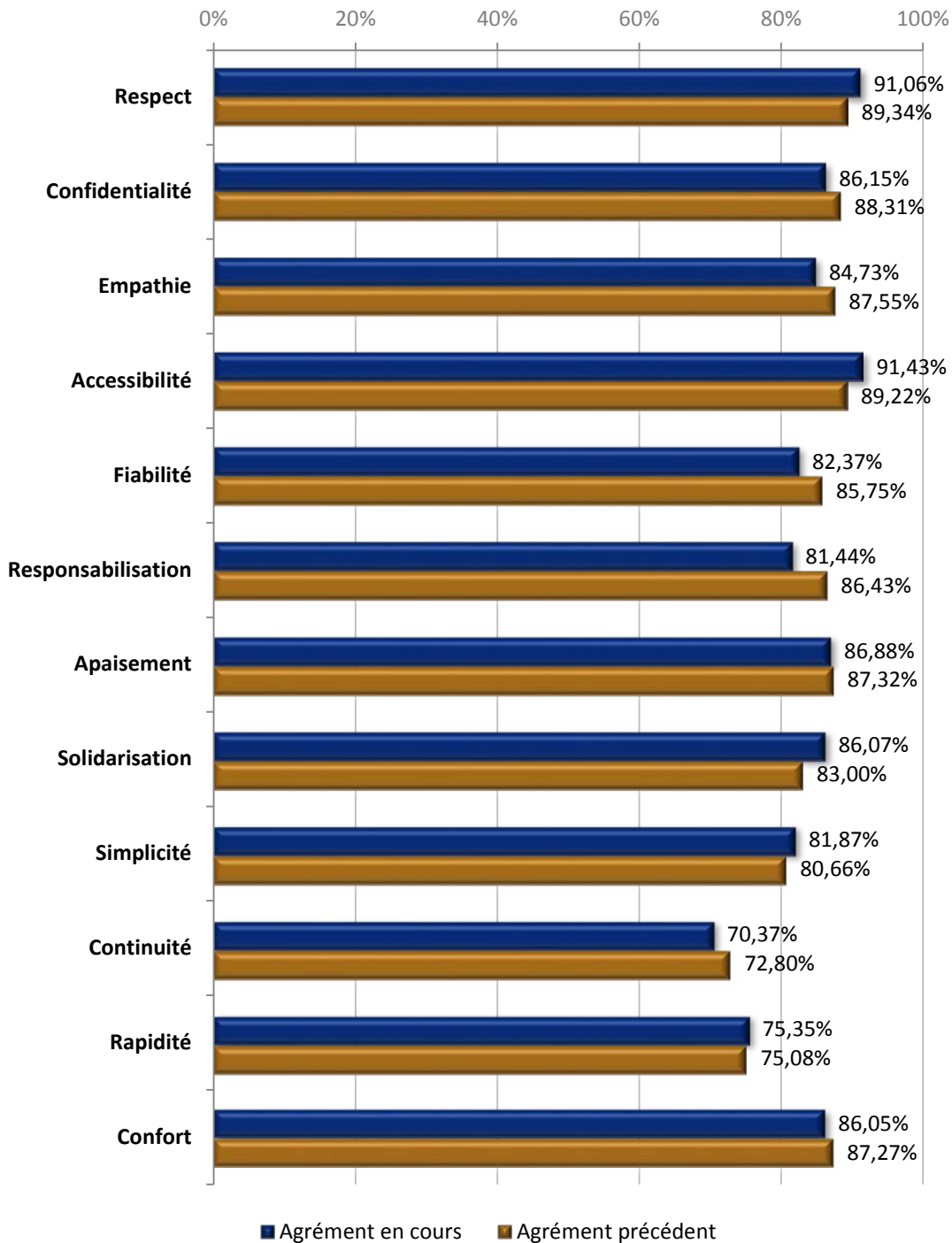
---

<sup>2</sup> Définitions en annexe.

## Résultats obtenus aux indicateurs de satisfaction de la clientèle comparés à ceux du comparatif



**Résultats obtenus aux dimensions qualité de satisfaction de la clientèle comparés à ceux de l'agrément précédent du *CRDITED de Laval***



## Degré de satisfaction des proches du *CRDITED de Laval*

Indicateurs de la satisfaction de la clientèle	Résultat %	Cote
Relation avec le client	89	2
Prestation professionnelle	84	2
Organisation des services	80	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.

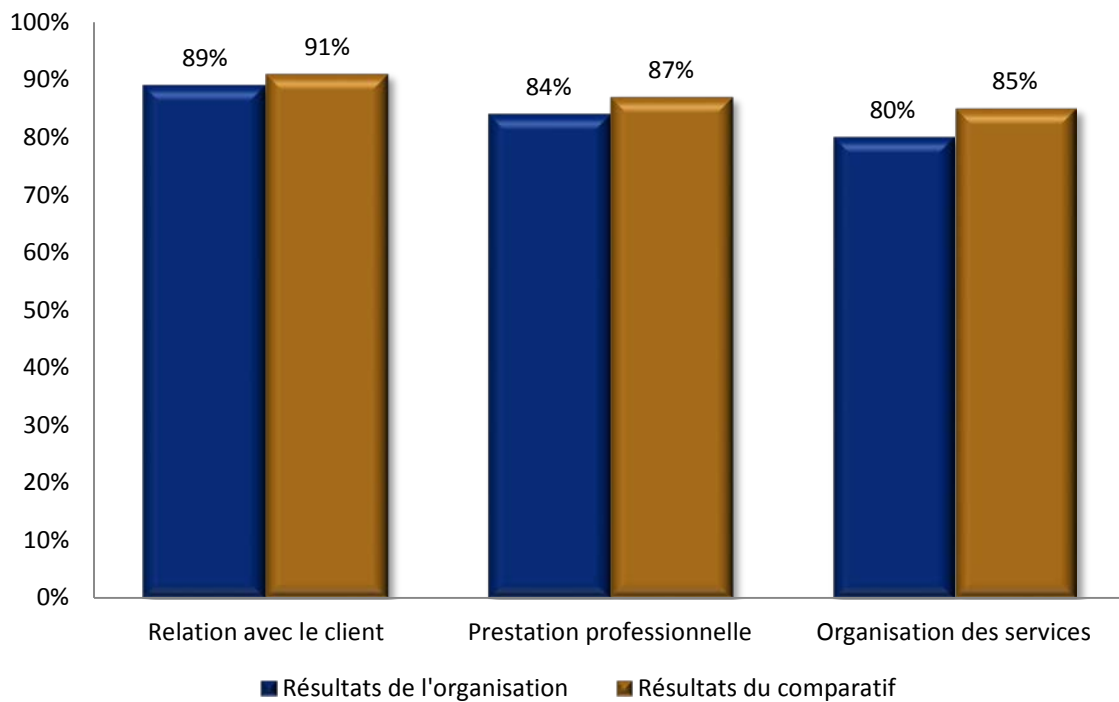
**Cote 3 : Résultat très satisfaisant au regard des standards requis**

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

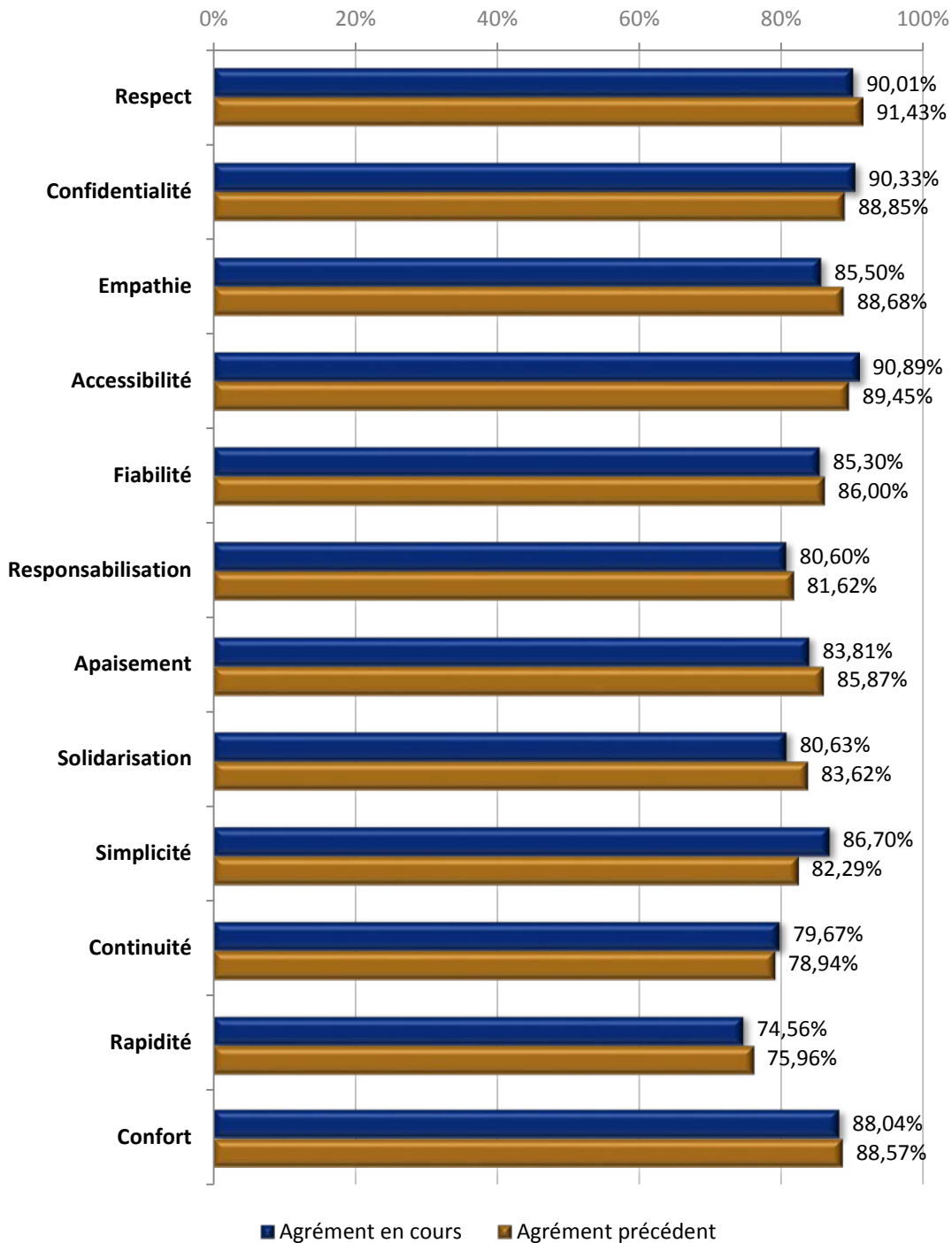
230 proches ont répondu au sondage en juin 2014, soit en entrevue, soit à l'aide d'un questionnaire, afin de connaître leur degré de satisfaction. Les résultats des trois indicateurs (*relation avec le client, prestation professionnelle et organisation des services*<sup>3</sup>) se situent à l'intérieur des limites du comparatif.

<sup>3</sup> Définitions en annexe.

### Résultats obtenus aux indicateurs de satisfaction des proches comparés à ceux du comparatif



**Résultats obtenus aux dimensions qualité de satisfaction des proches comparés à ceux de l'agrément précédent du *CRDITED de Laval***



### Degré de mobilisation du personnel du *CRDITED de Laval*

Indicateurs mesurant le degré de mobilisation du personnel	Résultat %	Cote
Réalisation	74	2
Implication	76	2
Collaboration	75	2
Soutien	68	2
Communication	67	2
Leadership	65	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**

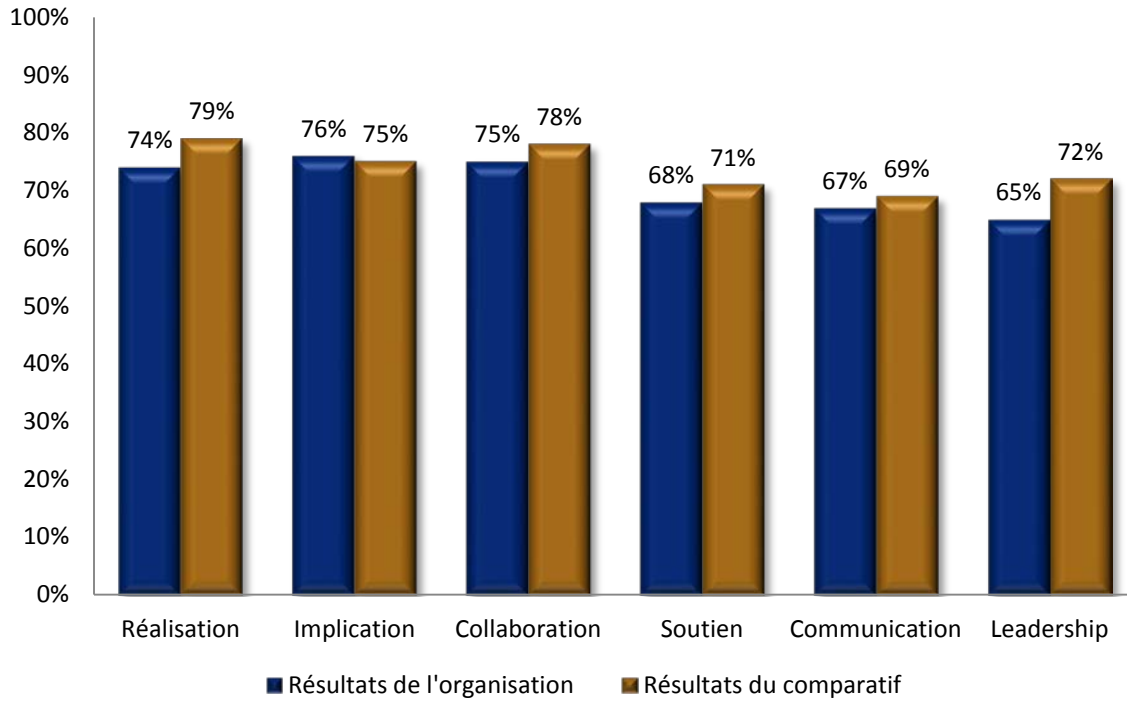
La limite inférieure ou supérieure du résultat de l'établissement se situe à l'intérieur des limites du comparatif ou les limites du comparatif se situent entre la limite inférieure et supérieure du résultat de l'établissement.

**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.

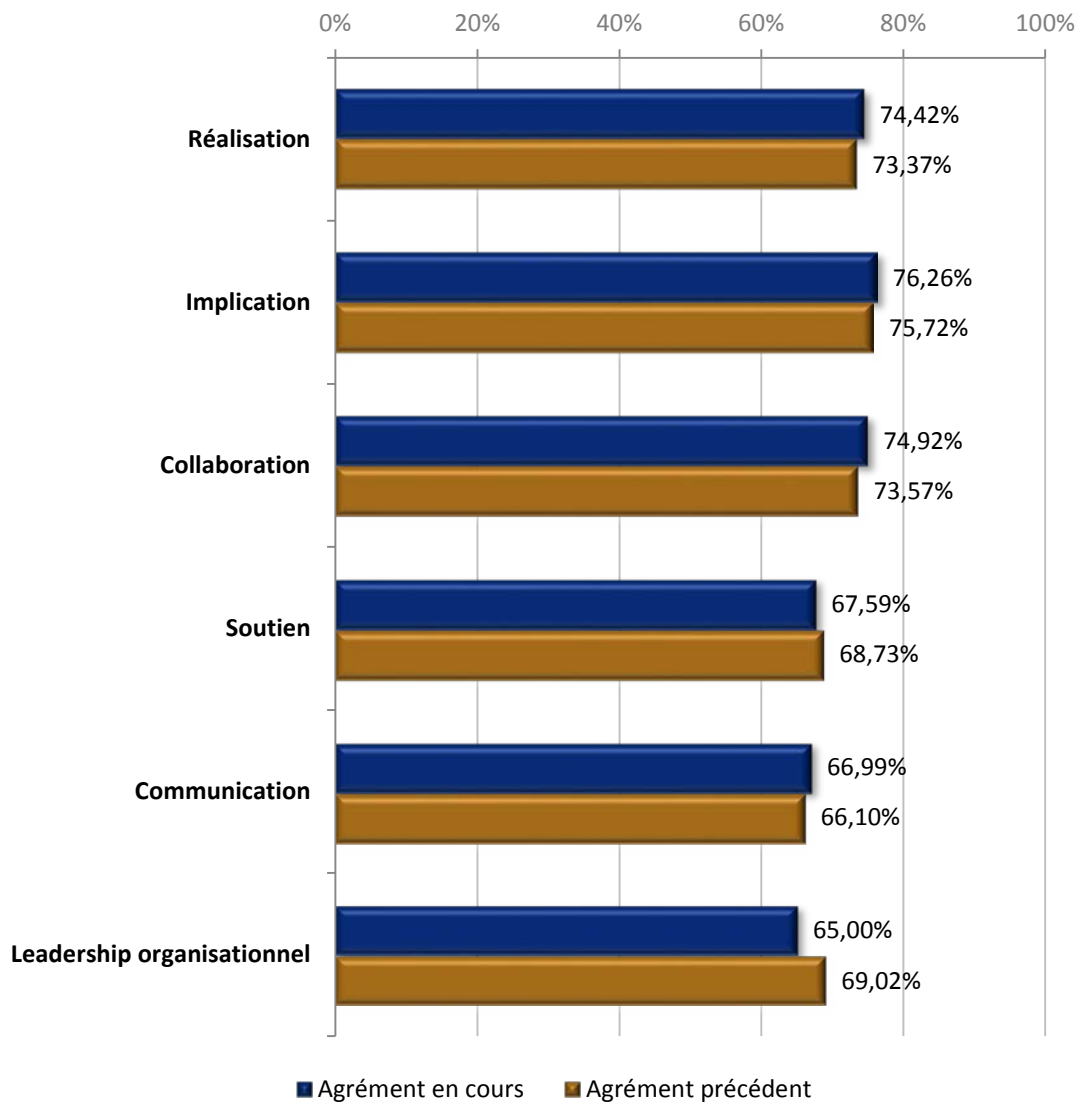
Le sondage réalisé auprès de l'ensemble du personnel du *CRDITED de Laval* s'est déroulé en mai et juin 2014. Des 433 personnes sollicitées, 278 ont répondu à l'invitation, ce qui donne un taux de réponse global de 64 %. Les 6 indicateurs obtiennent un résultat dans les limites du comparatif.

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





## Résultats obtenus aux indicateurs de mobilisation du personnel comparés à ceux de l'agrément précédent



## Normes et processus organisationnels

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

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

## Capacité d'amélioration

Tableau synoptique de l'évaluation des qualités normatives

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

### Définitions

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

## La décision d'agrément

### Résultats :

CONSIDÉRANT que le *CRDITED de Laval* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard de la satisfaction de l'expérience client;

CONSIDÉRANT que le *CRDITED de Laval* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard du degré de mobilisation du personnel;

### Organisation :

CONSIDÉRANT que le *CRDITED de Laval* 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 *CRDITED de Laval* démontre une capacité d'amélioration continue répondant aux exigences des six qualités normatives prescrites.


**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL  
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE  
ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DE LAVAL**  
**est agréé pour la qualité de ses services**  
**Novembre 2015**

## SECTION 2

### Évaluation détaillée de l'équipe visiteuse

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

Les évaluateurs du CQA ont réalisé les observations et les analyses qui ont permis de confirmer ou d'infirmer l'autoévaluation du *CRDITED de Laval* sur les processus organisationnels.



# Évaluation de la conformité aux 10 normes d'excellence

Pour le

## ***CRDITED DE LAVAL***

### **IMPORTANT**

Le projet de loi 10 a apporté 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, ils sont distingués ci-dessous par la *couleur bleue et en italique et ne comportent pas de date d'échéance.*

## 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 <sup>1</sup> 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	2	X		
Légalité	3	X		

### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le comité de direction du CRDITED de Laval, dans la foulée des orientations stratégiques 2010-2015, avait comme principal objectif de concevoir un processus intégré en ce qui a trait aux valeurs et à la vision organisationnelles, ainsi qu'à la démarche d'amélioration continue, afin de rendre tangible l'engagement qualité de l'organisation. Les stratégies formelles assurant la diffusion et la validation de l'appropriation sont incomplètes, notamment en ce qui a trait à l'engagement qualité, qui bien que formalisé et entériné par le conseil d'administration, est peu connu du personnel.

## 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	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	3	X		

### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CRDITED de Laval* possède une documentation complète et à jour. L'offre de service est diversifiée et couvre l'ensemble des besoins de plus en plus complexes de la clientèle. L'organisation effectue des suivis sur la prestation de services, mais ne dispose pas de processus d'évaluation de l'implantation et des impacts des programmes auprès des usagers.



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

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

### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

L'évaluation de la satisfaction des usagers s'effectue par secteur d'activité. Les correctifs nécessaires sont apportés à la suite de l'analyse des résultats. Le *CRDITED de Laval* ne dispose pas d'un système formel et structuré de collecte de données et d'analyse de la satisfaction de la clientèle. L'utilisation du sondage du CQA effectué dans le cadre de la démarche d'agrément ne fait pas office de système intégré.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Pour le CISSS de Laval : élaborer et mettre en œuvre un système continu d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.</i></li> </ul>		X
	Date d'échéance :	

## NORME III : UNE INTERACTION CONTINUE AVEC LE MILIEU

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

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

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

### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Compte tenu de la complexité des besoins de la clientèle, le *CRDITED de Laval* poursuit le développement d'une pratique de plus en plus multidisciplinaire. L'intégration dans le CISSS de Laval est perçue par le personnel comme une opportunité de développement de continuums de services avec ses partenaires internes. La promotion de son offre de service auprès de ses partenaires internes constituera un défi pour les prochaines années.

## 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 <sup>2</sup> .	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 *CRDITED de Laval* a défini ses orientations en matière de recherche, à la suite d'une recommandation de l'agrément précédent.

Au cours de l'année 2013-2014, le *CRDITED* a tenu un colloque « *recherche sur la valorisation des savoirs* » qui a permis, entre autres, de présenter à 180 personnes, l'historique des différentes recherches réalisées depuis 1991 dans l'organisation, de sensibiliser les participants sur les étapes d'une démarche scientifique et de démontrer des implications pour les chercheurs, les gestionnaires et les intervenants. Malgré cela, les recherches en cours sont peu connues du personnel. Le lien avec la pratique professionnelle n'est pas évident pour les praticiens.

Des gestes concrets du *CRDITED de Laval* avaient été posés dans la foulée de ses activités liées à la planification stratégique de l'organisation, soit l'embauche d'une agente de planification et de programmation et de recherche (APPR) dédiée à la recherche (janvier 2013), la rédaction des politiques sur la recherche et d'un règlement, la reprise des travaux du comité de la recherche (mai 2015) et la conception de la démarche visant à déterminer les axes de recherche au *CRDITED de Laval*.

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

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

#### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CRDITED de Laval* n'a pas formellement défini sa vision de l'innovation ainsi que les processus de gestion supportant son actualisation. Le CISSS de Laval est invité à se positionner sur l'innovation dans une optique d'amélioration continue des pratiques et de la gestion.

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

Bien que, selon les équipes, le programme de stage ne soit pas toujours en lien avec les besoins de la planification de la main-d'œuvre, la documentation requise soutient une actualisation adéquate du processus.

Ce processus s'est grandement amélioré depuis la visite précédente puisqu'il est passé de non maîtrisé à très bien maîtrisé. L'organisation obtient ici les résultats des efforts consentis.

## 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.	<b>C</b>

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.	<b>M</b>

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

Comme observé à la visite précédente, le *CRDITED de Laval* n'a pas mis en place tous les mécanismes nécessaires aux fins d'appropriation de la philosophie de gestion par le personnel. Son application n'est pas uniforme pour toutes les équipes. La direction du programme, ainsi que celle du CISSS, auront à relever ce défi.

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

La documentation couvre l'ensemble des constituantes de ce processus. Au chapitre de l'actualisation et de l'adéquation, il reste, entre autres, à consolider les mécanismes d'accueil et d'évaluation aux fins de probation, à développer des outils de gestion de carrière et à généraliser la supervision du personnel administratif par des rencontres régulières.

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

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

#### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La coordination interservices, en lien avec les résultats de sondages, demeure un défi pour le *CRDITED de Laval*. Les occasions d'amélioration qu'amène la mise en place du programme DI-TSA à l'intérieur du CISSS pourront favoriser la révision du cheminement clientèle et des interfaces autour de l'utilisateur.

<b>Processus 11</b>	<b>Résultat (NM, M, TBM)</b>
Développer les connaissances et les compétences du personnel.	<b>M</b>

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

L'offre de service de formation est connue de l'ensemble du personnel. Il semble que les besoins spécifiques de développement de compétences du personnel ne trouvent pas toujours une réponse dans l'offre de service. Les stratégies de validation de l'appropriation et du transfert des connaissances à la suite des formations sont inégales. Le *CRDITED de Laval* a par ailleurs réussi à apporter des améliorations depuis l'agrément précédent.

## 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.	<b>C</b>

Processus 12	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources financières.	<b>M</b>

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
<b>Documentation</b>	3		X	
<b>Actualisation</b>	3		X	
<b>Adéquation</b>	2	X		
<b>Légalité</b>	3	X		

### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La documentation supportant une actualisation adéquate de la gestion budgétaire dans un contexte d'optimisation a pu être validée. Plusieurs processus nécessiteront cependant une mise à jour dans le contexte de l'intégration dans le CISSS.



<b>Processus 13</b>	<b>Résultat (NM, M, TBM)</b>
Gérer les ressources matérielles.	<b>M</b>

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

Malgré les observations satisfaisantes quant à l'hygiène, la salubrité, la mise en œuvre des plans d'urgence dans les installations d'hébergement, les protocoles de désinfection des jouets et la mise en place de routes de travail, ce processus, conformément au rapport d'agrément précédent, mérite d'être consolidé tant dans sa documentation que dans ses contrôles de qualité.

<b>Processus 14</b>	<b>Résultat (NM, M, TBM)</b>
Gérer les ressources informationnelles <sup>3</sup> .	<b>TBM</b>

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 processus de gestion des ressources informationnelles est bien maîtrisé et bien actualisé avec une réorganisation de l'organisation du travail à domicile à l'aide de portables. Les accès et la sécurité sont bien gérés. Le changement quant au travail à domicile et le soutien de la ressource informatique sont appréciés par le personnel. Le *CRDITED de Laval* aurait avantage à réaffirmer ses orientations quant à la gestion des clés USB disponibles pour le personnel.

## 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	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	SO			

### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CRDITED de Laval* dispose d'une politique et d'un plan de communication. Un groupe tactique des communications assure une liaison avec les équipes. Le site du portail est apprécié par le personnel et rassemble l'ensemble de l'information concernant l'organisation.

Les stratégies de diffusion des communications n'atteignent pas les usagers ni les partenaires. Dans le contexte des changements en cours et en lien avec les défis de promotion de l'offre de services DI-TSA, la direction du programme DI-TSA du CISSS est encouragée à s'adresser aux partenaires (internes et externes) dans son plan de communication.

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	1	X		

### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CRDITED de Laval* s'est doté d'une politique de gestion documentaire et d'un plan de classification de ses dossiers cliniques et administratifs. Une archiviste en assume une gestion rigoureuse.

L'aménagement physique des archives n'est pas optimum, l'emplacement étant très petit, accessible par un autre bureau et obligeant la consultation sur place des dossiers. De plus, le personnel souhaite avoir des orientations concernant la gestion de documents plus administratifs, notamment en ce qui concerne l'employabilité.

Au regard de la légalité, l'application de l'article 16 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q. c. A-2.1) était en cours au moment de la visite (i.e. : classement des documents de manière à en permettre le repérage et tenue à jour d'une liste de classement indiquant l'ordre de classement des documents). Le CISSS de Laval aura à s'en préoccuper.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Pour le CISSS de Laval : revoir l'aménagement physique des archives au siège social pour garantir un accès confidentiel et une conservation sécuritaire des dossiers.</i></li> </ul>		X
	Date d'échéance :	

## 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 <sup>4</sup> , est encadré afin d'assurer la continuité, la conformité et la sécurité des prestations offertes à la clientèle.	<b>C</b>

Processus 17	Résultat (NM, M, TBM)
Apprécier la contribution individuelle du personnel.	<b>M</b>

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 *CRDITED de Laval* dispose d'une politique d'appréciation de la contribution qui n'a pas fait l'objet d'une actualisation auprès de l'ensemble du personnel, notamment le personnel administratif. L'outil utilisé est peu convivial et mérite d'être revu.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Pour le CISSS de Laval : appliquer le processus d'appréciation de la contribution individuelle à l'ensemble du personnel.</i></li> </ul>	Oui	Non
		<b>X</b>
	Date d'échéance :	

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

<b>Qualité normative</b>	<b>Cote</b>	<b>Confirmée</b>	<b>Rehaussée</b>	<b>Diminuée</b>
<b>Documentation</b>	3		X	
<b>Actualisation</b>	2	X		
<b>Adéquation</b>	2	X		
<b>Légalité</b>	3	X		

### **Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus**

Le cadre de supervision clinique a été bonifié, mais son actualisation demeure incomplète. Les équipes s'approprient actuellement les différents cadres de référence clinique. Le CRDITED est au fait que les besoins et les modalités de supervision clinique restent à définir pour certains titres d'emploi.

L'apport des spécialistes en activité clinique en matière de supervision clinique est souligné par les équipes.

L'objectif 2 du plan d'amélioration « Harmoniser les pratiques d'intervention clinique » viendra consolider ce processus.

<b>Processus 19</b>	<b>Résultat (NM, M, TBM)</b>
Gérer les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.	<b>M</b>

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

La satisfaction des responsables des RI-RTF a été mesurée à partir de 36 entrevues téléphoniques.

Résultats obtenus par l'établissement aux énoncés regroupés selon le type d'intervenant	Résultats (%)
Appréciation des relations avec l'intervenant responsable du contrôle de la qualité	<b>77,32</b>
Appréciation des relations avec l'intervenant responsable des clients	<b>76,84</b>
Résultat global pour tous les énoncés	<b>76,95</b>
Résultat obtenu à l'énoncé portant sur l'évaluation globale de la qualité des liens entretenus avec le <i>CRDITED de Laval</i>	<b>72,50</b>

### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le cadre de référence est en voie d'actualisation, notamment pour la fonction de contrôle de la qualité dont l'instrumentation est attendue de la part du ministère. Une revalidation du guide est en cours.

Le réseau RI-RTF a été soumis à plusieurs changements majeurs, tant au niveau des intervenants que du rôle qu'on leur confie. Le sens de ces changements n'a pas été intégré et les liens de confiance avec le *CRDITED de Laval* n'existent plus.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre les mesures nécessaires afin que les relations avec les ressources soient fondées sur la bonne foi et les valeurs du Cadre de référence RI-RTF : <ul style="list-style-type: none"> <li>Actualiser des mécanismes de résolution des difficultés de fonctionnement.</li> </ul> </li> </ul>	X	
	Date d'échéance : 30 novembre 2016	

Processus 20	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources bénévoles <sup>6</sup> .	TBM

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

### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Les orientations de l'organisation sont d'impliquer des bénévoles d'organismes communautaires de Laval. Le *CRDITED de Laval* agit en conformité avec cette orientation et utilise les services du Centre de bénévolat de Laval et la structure de l'Hôpital juif de réadaptation, ce dernier effectuant la vérification des antécédents judiciaires. La technicienne en loisirs de la Résidence Louise-Vachon encadre la personne bénévole.



## 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.	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

L'équipe d'accueil évaluation orientation (AEO) du *CRDITED de Laval* est animée des valeurs de l'organisation et le processus est appliqué selon les attentes ministérielles. Les référents (CSSS, centres de réadaptation, etc.) connaissent bien les procédures.

<b>Processus 22</b>	<b>Résultat (NM, M, TBM)</b>
Gérer les listes d'attente.	<b>M</b>

<b>Qualité normative</b>	<b>Cote</b>	<b>Confirmée</b>	<b>Rehaussée</b>	<b>Diminuée</b>
<b>Documentation</b>	3	X		
<b>Actualisation</b>	3	X		
<b>Adéquation</b>	2	X		
<b>Légalité</b>	SO			

### **Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus**

Le SIPAD et le plan d'accès soutiennent l'actualisation de la gestion de la liste d'attente au niveau des délais, de la priorisation et de l'assignation des dossiers. Il reste à formaliser une procédure qui établirait l'ordre et la priorité des demandes lors de transferts.

<b>Processus 23</b>	<b>Résultat (NM, M, TBM)</b>
Planifier les interventions et dispenser les services.	<b>M</b>

<b>Qualité normative</b>	<b>Cote</b>	<b>Confirmée</b>	<b>Rehaussée</b>	<b>Diminuée</b>
<b>Documentation</b>	3		X	
<b>Actualisation</b>	3		X	
<b>Adéquation</b>	2	X		
<b>Légalité</b>	3	X		

### **Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus**

Même si la documentation entourant ce processus est en révision, le guide de pratique est connu et les plans d'intervention sont actualisés avec l'implication des usagers et des proches. Les révisions sont faites et des mécanismes de suivi sont présents.

<b>Processus 24</b>	<b>Résultat (NM, M, TBM)</b>
Gérer les insatisfactions et les plaintes de la clientèle.	<b>M</b>

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 *CRDITED de Laval* dispose de la documentation requise pour la gestion de ce processus. Comme le montrent les résultats des sondages, la politique n'est pas connue de tous les secteurs d'activité et des usagers. L'information n'est pas distribuée systématiquement lors de l'accueil et l'organisation ne dispose pas de mécanismes de suivi et de révision de sa politique.

## 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.	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 *CRDITED de Laval* appuie de plus en plus sa pratique professionnelle sur les guides de pratique de la Fédération des CRDITED et de l'INESSS. Les protocoles sont accessibles sur le portail et les spécialistes en activité soutiennent son appropriation.

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

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

### Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La documentation s'inscrit dans le règlement sur la prestation sécuritaire. Les rapports d'accident-incident sont remplis, tant dans l'organisation que dans le réseau RI-RTF, et l'analyse est effectuée par le comité de gestion des risques.

Les mesures de sécurité requises sont mises en œuvre pour le personnel.

Le *CRDITED de Laval* est encouragé à mettre en œuvre son objectif du plan d'amélioration qui prévoit « Définir et mettre en œuvre la dignité du risque de l'utilisateur et son application dans l'organisation ».

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

La documentation relative à la gestion de tenue de dossier et à la protection des renseignements personnels est présente. L'archiviste assure une vigilance rigoureuse sur la gestion des dossiers et effectue des audits réguliers quant à leur contenu.

Des zones de fragilité ont été constatées, lors de la visite d'agrément, quant à la protection des renseignements personnels, notamment dans les conversations de corridors et lors du transport des dossiers.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place des mesures de contrôle garantissant la protection des renseignements personnels, notamment lors de discussions entre intervenants et lors du transport des dossiers.</li> </ul>	X	
	Date d'échéance :	
	31 mai 2016	

# Évaluation de la capacité d'amélioration

## La disponibilité de l'information

La cote du *CRDITED de Laval* est **confirmée (3)**.

L'organisation dispose de moyens pertinents à travers ses différents tableaux de bord, son portail et ses mécanismes de suivi de sa planification stratégique, pour avoir accès à l'information sur ses processus de gestion.

## La pertinence de l'analyse

La cote du *CRDITED de Laval* est **confirmée (3)**.

L'analyse des sondages et des différents processus de gestion par les équipes d'évaluation témoigne de la rigueur de cette analyse.

## La pertinence du plan d'amélioration

La cote du *CRDITED de Laval* est **confirmée (3)**.

Le plan d'amélioration est pertinent pour les équipes et les instances rencontrées. Celles-ci nous confirment se retrouver dans le plan d'amélioration. Les liens avec les sondages et les processus de gestion, la méthodologie de formulation du plan confirment sa pertinence.

## Le réalisme du plan d'amélioration

La cote du *CRDITED de Laval* est **confirmée (2)**.

« 26 objectifs et 76 stratégies » constituent le plan d'amélioration et les équipes du *CRDITED de Laval* seront certainement sollicitées par l'environnement externe, dans un contexte d'intégration dans la grande famille du CISSS. L'ampleur du défi de réaliser leurs intentions a été soulignée à l'organisation.

### **La capacité d'adaptation**

La cote du *CRDITED de Laval* est **confirmée (3)**.

La mutation des dernières années vers une spécialisation des services, une pratique professionnelle s'appuyant sur des cadres de références documentés et l'implantation d'un nouveau plan d'organisation incluant une mobilité du personnel démontrent la capacité d'adaptation du *CRDITED de Laval*.

L'intégration dans le CISSS est perçue positivement par le personnel qui la considère comme une opportunité d'amélioration des services à la clientèle.

### **La capacité de mise en œuvre**

La cote du *CRDITED de Laval* est **confirmée (3)**.

Quelques recommandations du rapport d'agrément précédent n'ont pas été réalisées intégralement. Compte tenu du contexte d'intégration des services vers le CISSS, l'organisation a fait le choix de suspendre la mise en œuvre de recommandations qui seront reprises par la grande organisation.



## **SECTION 3**

### **Les recommandations du CQA**



## **Les recommandations**

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

### **Une recommandation peut être contraignante :**

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

La recommandation est alors accompagnée d'une échéance.

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

## Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 1<sup>er</sup> octobre 2012

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p><b>Processus n° 1 concernant la détermination des valeurs, de la vision et de l'engagement qualité de l'organisation et le partage avec la clientèle, le personnel et les partenaires</b></p> <p><b>Légalité</b> Déterminer les règles éthiques concernant l'utilisation de renseignements contenus au dossier de l'utilisateur à des fins de sollicitation (art. 27.03 LSSS) et les inclure dans le code d'éthique.</p>	X		
<p><b>Processus n° 2 concernant la détermination et la configuration des programmes et des services à offrir en fonction des besoins de la clientèle</b></p> <p><b>Adéquation</b> Compléter la documentation relative au programme clientèle et processus clinique; Diffuser de cette documentation à l'ensemble du personnel concerné et s'assurer de son appropriation, notamment le programme clientèle en DI.</p>	X		
<p><b>Processus n° 5 concernant la gestion des activités de recherche</b></p> <p><b>Adéquation</b> Faire connaître les activités reliées à la recherche, notamment celles portant sur les résultats, à l'ensemble du personnel concerné; Se doter de mécanismes lui permettant de s'assurer de l'intégration de ces résultats dans leur pratique.</p>		X	
<p><b>Processus n° 6 concernant l'innovation de façon continue dans les pratiques</b></p> <p><b>Adéquation</b> Définir ses orientations en matière d'innovation dans les pratiques (incluant la définition du concept d'innovation); Diffuser ces orientations et s'assurer de leur appropriation par l'ensemble du personnel concerné.</p>			X
<p><b>Processus n° 7 concernant la gestion des activités d'enseignement</b></p> <p><b>Adéquation</b> Définir ses orientations relatives à l'accueil de stagiaires; Diffuser ces orientations et s'assurer de leur appropriation par l'ensemble du personnel concerné.</p>	X		

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p>Mettre en place des mécanismes formels d'accueil et d'encadrement des stagiaires;</p> <p>Mettre en place des mécanismes formels de soutien pour les superviseurs de stage.</p>			
<p><b>Processus n° 8 concernant la définition des engagements de l'organisation ainsi que la philosophie de gestion pour assurer le développement et la mobilisation des ressources humaines</b></p> <p><b>Adéquation</b></p> <p>Mettre en place les mécanismes lui permettant de s'assurer de l'appropriation de la philosophie de gestion par l'ensemble du personnel;</p> <p>Mettre en place les mécanismes lui permettant d'assurer un suivi des attentes recueillies auprès du personnel, et en faire rapport au CQA dans <u>le bilan de la 1<sup>re</sup> année du plan d'amélioration.</u></p>		X	
<p><b>Processus n° 9 concernant la gestion et la valorisation des ressources humaines</b></p> <p><b>Légalité</b></p> <p>Se doter, avec la participation de ses employés et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres, d'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 à l'accueil des employés, la motivation, la valorisation, la mobilité, la préparation de leur relève et l'orientation de carrière des employés. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à l'Agence (art. 231, LSSSS).</p>	X		
<p><b>Processus n° 10 concernant l'encadrement des équipes de travail</b></p> <p><b>Adéquation</b></p> <p>Compléter la description des rôles et des responsabilités dédiée aux auxiliaires de santé et services sociaux;</p> <p>Faire connaître cette description à l'ensemble du personnel concerné.</p>	X		
<p><b>Processus n° 11 concernant le développement des connaissances et des compétences du personnel</b></p> <p><b>Légalité</b></p> <p>Se doter, avec la participation de ses employés et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres, d'un plan d'action triennal pour 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).</p>	X		

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p><b>Processus n° 13 concernant la gestion des ressources matérielles</b></p> <p><b>Actualisation</b></p> <p>Informé et sensibiliser régulièrement le personnel sur les pratiques de base et les précautions additionnelles à prendre afin de prévenir et contrôler la transmission des infections dans l'ensemble des services.</p> <p><b>Adéquation</b></p> <p>S'assurer de se doter de mécanismes de suivi couvrant l'ensemble des activités de ce processus.</p>		X	
<p><b>Processus n° 16 concernant la gestion de la documentation et des informations internes</b></p> <p><b>Documentation</b></p> <p>Élaborer une politique globale assurant la mise à jour et la gestion des informations internes, incluant les politiques et procédures reliées à ces activités;</p> <p>Diffuser cette politique au personnel concerné et s'assurer de son appropriation, et en faire rapport au CQA lors du <b>bilan de la 1<sup>re</sup> année du plan d'amélioration.</b></p> <p><b>Adéquation</b></p> <p>Inclure dans sa politique globale sur la mise à jour et la gestion des informations internes, une procédure de classement des dossiers administratifs au sein des différentes directions;</p> <p>Se doter de mécanismes lui permettant d'assurer un suivi des activités reliées à ce processus.</p>		X	
<p><b>Processus n° 17 concernant l'appréciation de la contribution individuelle du personnel</b></p> <p><b>Actualisation</b></p> <p>S'assurer de l'application de la politique et des modalités d'appréciation de la contribution individuelle du personnel dans tous les services.</p> <p><b>Adéquation</b></p> <p>Mettre en place des mécanismes de suivi des activités reliées à ce processus.</p> <p><b>Légalité</b></p> <p>Se doter, avec la participation de ses employés et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres, d'un plan d'action triennal pour le développement du personnel qui contient, entre autres, des mesures relatives à leur évaluation. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à l'agence (art. 231, LSSSS).</p>		X	

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p><b>Processus n° 20 concernant la gestion des ressources bénévoles</b> Mettre à jour ses orientations reliées à l'utilisation et la gestion de ressources bénévoles.</p>		X	
<p><b>Processus n° 23 concernant la planification des interventions et la dispense des services</b> <b>Adéquation</b> S'assurer de se doter de l'ensemble des mécanismes de suivi des activités reliées à ce processus.</p>	X		
<p><b>Processus n° 25 concernant la gestion de l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention cliniques</b> <b>Adéquation</b> Définir ce que sont un guide et un protocole d'intervention clinique; Mettre en place les modalités de diffusion lui permettant de s'assurer de la connaissance, de la compréhension et de l'appropriation, par le personnel concerné, des différents guides et protocoles d'intervention clinique, et en faire rapport au CQA <b>au 30 juin 2013</b>; Assurer une mise à jour continue des données reliées aux coordonnées contenues dans le document « Intervention en situation de conflit et de crise ».</p>	X		
<p><b>Processus n° 26 concernant une gestion sécuritaire des lieux, des prestations de service et des situations à risque, pour la clientèle et le personnel</b> <b>Documentation</b> Finaliser sa politique relative à la déclaration de tout incident et accident dans l'établissement et à la divulgation des informations à l'utilisateur à la suite d'un accident; Diffuser cette politique et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel. <b>Actualisation</b> Compléter les exercices d'évacuation dans tous ses points de services; Mettre en place un mécanisme et les conditions lui permettant de procéder annuellement à des exercices d'évacuation dans tous ses points de services, et en faire rapport au CQA au plus tard <b>le 31 décembre 2012</b>. <b>Légalité</b> Le conseil d'administration ou le titulaire d'un permis d'exploitation adopte un règlement prévoyant les mesures de soutien, incluant les soins appropriés, mises à la disposition de l'utilisateur ou de ses représentants lorsque survient un accident. Le règlement prévoit les mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident (art. 235.1, LSSSS).</p>	X		

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p><b>Processus n° 27 concernant la gestion de la tenue du dossier de l'utilisateur et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle</b></p> <p><b>Adéquation</b></p> <p>Définir et appliquer les règles entourant la circulation et la destruction des données nominatives;</p> <p>Définir et appliquer les règles encadrant l'entreposage, dans les RI-RTF, des données nominatives (PII, comptabilité...) sur les usagers.</p> <p><b>Légalité</b></p> <p>L'établissement, lorsqu'il transfère un usager vers un autre établissement, fait parvenir à ce dernier, dans les 72 heures suivant le transfert, un sommaire des renseignements nécessaires à la prise en charge de cet usager (art. 19.0.3, LSSSS).</p>	<b>X</b>		
<p><b>La disponibilité de l'information</b></p> <p>Finaliser et formaliser l'ensemble des références documentaires nécessaires à la pratique des activités;</p> <p>Développer et mettre en place les mécanismes et les outils (indicateurs, tableaux de bord, modalités de contrôle) lui permettant d'évaluer, en continu, la qualité de ses processus.</p>		<b>X</b>	
<p><b>La pertinence du plan d'amélioration</b></p> <p>S'assurer que les cibles et les indicateurs identifiés dans le plan d'amélioration lui permettent de s'assurer de l'atteinte des objectifs d'amélioration identifiés.</p>	<b>X</b>		

**Recommandations du comité décisionnel du CQA,  
du 30 novembre 2015**





Recommandations	Faire rapport au CQA
<p><b>Processus 3 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Pour le CISSS de Laval : élaborer et mettre en œuvre un système continu d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.</i></li> </ul>	
<p><b>Processus 16 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Pour le CISSS de Laval : revoir l'aménagement physique des archives au siège social pour garantir un accès confidentiel et une conservation sécuritaire des dossiers.</i></li> </ul>	
<p><b>Processus 17 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Pour le CISSS de Laval : appliquer le processus d'appréciation de la contribution individuelle à l'ensemble du personnel.</i></li> </ul>	
<p><b>Processus 19 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prendre les mesures nécessaires afin que les relations avec les ressources soient fondées sur la bonne foi et les valeurs du Cadre de référence RI-RTF : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualiser des mécanismes de résolution des difficultés de fonctionnement.</li> </ul> </li> </ul>	30 novembre 2016
<p><b>Processus 27 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en place des mesures de contrôle garantissant la protection des renseignements personnels, notamment lors de discussions entre intervenants et lors du transport des dossiers.</li> </ul>	30 mai 2016

# 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'utilisateur. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.

<b>Respect</b>	Considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à nous conduire envers elle avec réserve et retenue. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif à la vie privée de l'utilisateur. Le respect sous-tend également une acceptation de la différence.
<b>Confidentialité</b>	Protection des renseignements personnels assurée par un environnement et des attitudes garantissant leur non-divulgaration à des personnes non autorisées.
<b>Empathie</b>	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.
<b>Accessibilité</b>	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.

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

## Organisation des services

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

<b>Simplicité</b>	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.
<b>Continuité</b>	Qualité assurant une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'utilisateur et la circulation de l'information.
<b>Rapidité</b>	Caractéristique qui permet d'obtenir une réponse à une demande de services, ou au service lui-même, dans un laps de temps raisonnable.
<b>Confort</b>	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

<b>Réalisation</b>	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. <sup>4</sup>
<b>Implication</b>	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.
<b>Collaboration</b>	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.
<b>Soutien</b>	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.
<b>Communication</b>	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.
<b>Leadership</b>	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.

---

<sup>4</sup> 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](http://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.



