

{Avis au lecteur sur l'accessibilité : Ce document est conforme au standard du Gouvernement du Québec (SGQRI 008-02) sur l'accessibilité d'un document téléchargeable, afin d'être accessible à toute personne handicapée ou non. Toutes les notices entre accolades sont des textes de remplacement pour des images, des abréviations, ou pour décrire toute autre information transmise par une perception sensorielle qui communique une information, indique une action, sollicite une réponse ou distingue un élément visuel.

Cette version de rechange équivalente et accessible a été produite par le Service adaptation de l'information en médias substituts de l'Institut Nazareth et Louis-Braille :

955, rue d'Assigny – local 139
Longueuil (Québec) J4K 5C3
Téléphone : 450 463-1710, poste 346
Sans frais : 1 800 361-7063, poste 346
Télécopieur : 450 670-0220
Courriel : braille.inlb@ssss.gouv.qc.ca

Notes : Assurez-vous de modifier les paramètres de lecture de Jaws en activant la détection des langues, la plupart des ponctuations et les notes de bas de pages.

Lorsque vous entendez "accent circonflexe", cela signifie que ce qui suit est en exposant.}

Rapport d'agrément

Institut Nazareth et Louis-Braille

14 décembre 2012

CQA : CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT

Accompagner les organisations pour une gestion intégrée de la qualité.

Agréé par International Society for Quality in Health Care (ISQua)

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

Table des matières

Rapport d'agrément Institut Nazareth et Louis-Braille

CQA : Conseil Québécois d'Agrément

Introduction

Le Conseil québécois d'agrément

Le modèle d'agrément du CQA

Section 1 Les résultats de l'Institut Nazareth et Louis-Braille

Mise en contexte

Synthèse des principales forces et des principaux défis de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*

Résultats obtenus pour la satisfaction de sa clientèle

Résultats obtenus pour la mobilisation de son personnel

Résultats de l'évaluation des processus organisationnels

Résultat pour la capacité d'amélioration

SECTION 2 La décision d'agrément

Niveau de conformité aux trois règles de certification d'agrément

La satisfaction de la clientèle

La mobilisation du personnel

Les 10 normes d'excellence

La capacité d'amélioration

Certificat d'agrément

SECTION 3 Évaluation détaillée

10 normes d'excellence

Processus organisationnels

Évaluation de la conformité aux 10 normes d'excellence pour l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*

NORME I : Une vision, des valeurs et un engagement qualité

NORME II : Une offre concertée de service

NORME III : Une interaction continue avec le milieu

NORME IV : Des stratégies d'innovation et de développement

NORME V : La mobilisation et la valorisation des ressources humaines

NORME VI : Une gestion efficiente des ressources financières, matérielles et informationnelles

NORME VII : Le plan de communication

NORME VIII : La gestion du personnel et des ressources associées

NORME IX : La qualité dans l'organisation des prestations de service

NORME X : La sécurité des interventions

Évaluation de la capacité d'amélioration de *Institut Nazareth et Louis-Braille*

SECTION 4 Suivi apporté par l'équipe visiteuse
aux recommandations du 27 octobre 2009

INTRODUCTION

Le Conseil québécois d'agrément

Le Conseil québécois d'agrément (CQA), organisme d'agrément reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et agréé par *International Society for Quality in Health Care (ISQua)*, vous invite à prendre connaissance du rapport d'agrément de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*.

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, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a réalisé, au cours des derniers mois, une démarche visant à identifier ses forces et les points d'amélioration en lien avec les hauts standards de qualité exigés par le CQA soit :

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

Le CQA a mis à la disposition de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* 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 l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*, 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.

L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* s'engage, durant la durée de son certificat d'agrément, à réaliser et à atteindre les objectifs de son plan d'amélioration en y incluant les recommandations émises dans le présent rapport. De son côté, le CQA assurera un suivi et un soutien auprès de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*, tout au long de cette période.

Voici donc, en un coup d'œil :

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

{Page 3}

Le modèle d'agrément du CQA

Résultats

- Satisfaction de la clientèle
 - Clientèle externe, interne (échantillonnage, répondant désigné)

- 12 dimensions clientèle regroupées sous 3 indicateurs (relation avec le client/Prestation professionnelle/Organisation des services)

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

- Mobilisation du personnel
 - Tout le personnel
 - 6 indicateurs (Réalisation, Implication, Collaboration, Soutien, Communication, Leadership)

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

Organisation

- 10 Normes
 - 3 secteurs de normes (Stratégiques, Structurelles, Professionnelles)
 - 4 qualités normatives (documentation, actualisation, adéquation, légalité)
 - Norme conforme si 3 qualités normatives sur 4 jugées conformes ou très conformes
- Processus organisationnels
 - Rattachés aux normes
 - Sous la responsabilité d'un gestionnaire (écriture et évaluation) pour les 4 qualités normatives
 - Évalué par les équipes d'évaluation pour 2 qualités normatives (actualisation et adéquation)

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

Amélioration continue

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

Standard requis : 6 qualités normatives maîtrisées ou très bien maîtrisées

{Page 4}

SECTION 1

Les résultats de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*

{Page 5}

SECTION 1

LES RÉSULTATS DE L'INSTITUT NAZARETH ET LOUIS-BRAILLE

Mise en contexte

L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* s'est engagé dans sa troisième démarche d'agrément à l'automne 2011. Trois équipes d'évaluation ont été constituées en fonction des différents secteurs de services et de disciplines de l'établissement afin d'assurer la plus grande représentativité de l'ensemble de ses acteurs. Ces équipes et les gestionnaires responsables des processus ont évalué 26 des 27 processus prévus par le cadre normatif, le processus relatif à la gestion des ressources intermédiaires et de type familial ne s'appliquant pas.

La visite de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*, qui s'est déroulée du 26 au 30 novembre 2012, a permis à l'équipe visiteuse de rencontrer la directrice générale, l'exécutif du conseil d'administration, le comité de direction, le comité d'agrément, le comité des opérations, des représentants du comité des usagers, le comité de gestion des risques, le comité de vigilance et de la qualité des services, le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et les membres des trois équipes d'évaluation.

Synthèse des principales forces et des principaux défis de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*

Les principales forces sur lesquelles l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* 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

- L'accessibilité des services en concertation avec ses nombreux partenaires.

- La recherche des nouvelles technologies et des pratiques novatrices pour mieux répondre aux besoins de ses usagers.
- La reconnaissance de son expertise qui est mise au service de ses partenaires.
- La rigueur dans le suivi des changements qu'il implante et dans le suivi de ses divers plans d'action.
- L'implication auprès des organismes communautaires et l'innovation dans ce domaine.
- Les applications pratiques découlant des projets de recherche.

{Page 6}

Les principaux défis

- Se donner une définition commune de la qualité et formaliser ses engagements à cet égard.
- Évaluer globalement (en continu) la satisfaction de ses clientèles.
- Compléter l'exercice d'appréciation de la contribution du personnel au travail.
- Faire face à l'augmentation de la clientèle vieillissante.
- Poursuivre l'utilisation des systèmes de données de gestion mis en place pour mesurer ses performances.

{Page 7}

Résultats obtenus pour la satisfaction de sa clientèle

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

Résultats obtenus aux dimensions qualité de satisfaction de la clientèle

Confort

Résultat de l'organisation : 94,09 %

Résultat du comparatif : 93,60 %

Rapidité

Résultat de l'organisation : 86,34 %

Résultat du comparatif : 84,26 %

Accessibilité

Résultat de l'organisation : 91,53 %

Résultat du comparatif : 92,44 %

Continuité

Résultat de l'organisation : 88,60 %

Résultat du comparatif : 88,48 %

Simplicité

Résultat de l'organisation : 88,49 %

Résultat du comparatif : 88,14 %

1 Définitions en annexe

Solidarisation

Résultat de l'organisation : 82,92 %

Résultat du comparatif : 85,92 %

Apaisement

Résultat de l'organisation : 91,45 %

Résultat du comparatif : 91,67 %

Responsabilisation

Résultat de l'organisation : 85,25 %

Résultat du comparatif : 87,42 %

Fiabilité

Résultat de l'organisation : 91,56 %

Résultat du comparatif : 91,78 %

Empathie

Résultat de l'organisation : 93,88 %

Résultat du comparatif : 93,11 %

Confidentialité

Résultat de l'organisation : 92,97 %

Résultat du comparatif : 93,49 %

Respect

Résultat de l'organisation : 95,30 %

Résultat du comparatif : 94,88 %

{Page 8}

Résultats obtenus aux indicateurs de satisfaction de la clientèle

Relation avec le client

Résultats de l'organisation : 94,14 %
Résultats du comparatif : 93,84 %

Prestation professionnelle

Résultats de l'organisation : 89,23 %
Résultats du comparatif : 90,20 %

Organisation des services

Résultats de l'organisation : 89,97 %
Résultats du comparatif : 89,65 %

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

Respect

Résultat de l'agrément 2012 : 95,30 %
Résultat de l'agrément 2009 : 95,35 %

Confidentialité

Résultat de l'agrément 2012 : 92,97 %
Résultat de l'agrément 2009 : 93,36 %

Empathie

Résultat de l'agrément 2012 : 93,88 %
Résultat de l'agrément 2009 : 93,52 %

Fiabilité

Résultat de l'agrément 2012 : 91,56 %

Résultat de l'agrément 2009 : 92,10 %

Responsabilisation

Résultat de l'agrément 2012 : 85,25 %

Résultat de l'agrément 2009 : 87,42 %

Apaisement

Résultat de l'agrément 2012 : 91,45 %

Résultat de l'agrément 2009 : 91,43 %

Solidarisation

Résultat de l'agrément 2012 : 82,92 %

Résultat de l'agrément 2009 : 82,93 %

Simplicité

Résultat de l'agrément 2012 : 88,49 %

Résultat de l'agrément 2009 : 89,20 %

Continuité

Résultat de l'agrément 2012 : 88,60 %

Résultat de l'agrément 2009 : 88,48 %

Accessibilité

Résultat de l'agrément 2012 : 91,53 %

Résultat de l'agrément 2009 : 91,99 %

Rapidité

Résultat de l'agrément 2012 : 86,34 %

Résultat de l'agrément 2009 : 89,97 %

Confort

Résultat de l'organisation 2012 : 94,09 %

{Page 9}

Résultats obtenus pour la mobilisation de son personnel

Le sondage réalisé auprès de l'ensemble du personnel de *Institut Nazareth et Louis-Braille* s'est déroulé à l'hiver 2012. 188 employés ont complété un questionnaire, ce qui donne un taux de réponse global de 81 %.

Résultats obtenus aux indicateurs de mobilisation du personnel

Leadership

Résultats de l'organisation : 77 %

Résultats du comparatif : 72,11 %

Communication

Résultats de l'organisation : 74,69 %

Résultats du comparatif : 69,13 %

Soutien

Résultats de l'organisation : 76,91 %

Résultats du comparatif : 71,23 %

Collaboration

Résultats de l'organisation : 82,85 %

Résultats du comparatif : 77,42 %

Implication

Résultats de l'organisation : 77,52 %

Résultats du comparatif : 75,40 %

Réalisation

Résultats de l'organisation : 79,67 %

Résultats du comparatif : 77,33 %

{Page 10}

Comparaison des résultats aux indicateurs de mobilisation du personnel avec ceux de l'agrément précédent

Réalisation

Résultats de l'agrément 2012 : 79,67 %

Résultats de l'agrément 2009 : 80,13 %

Implication

Résultats de l'agrément 2012 : 77,52 %

Résultats de l'agrément 2009 : 77,00 %

Collaboration

Résultats de l'agrément 2012 : 82,85 %
Résultats de l'agrément 2009 : 79,42 %

Soutien

Résultats de l'agrément 2012 : 76,91 %
Résultats de l'agrément 2009 : 76,23 %

Communication

Résultats de l'agrément 2012 : 74,69 %
Résultats de l'agrément 2009 : 72,13 %

Leadership

Résultats de l'agrément 2012 : 77 %
Résultats de l'agrément 2009 : 76,50 %

Résultats de l'évaluation des processus organisationnels

Signification du niveau de maîtrise des processus :

NM : Non maîtrisé

M : Maîtrisé

TBM : Très bien maîtrisé

SO : sans objet

Stratégique

Normes d'excellence et processus organisationnels	Niveau de maîtrise
Norme I Une vision, des valeurs et un engagement qualité	
N° 1 : Déterminer les valeurs, la vision et l'engagement qualité de l'organisation et les partager avec la clientèle, le personnel et les partenaires	M
Norme II Une offre concertée de service	

Normes d'excellence et processus organisationnels	Niveau de maîtrise
N° 2 : Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle	TBM
N° 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle	M
Norme III Une interaction continue avec le milieu	
N° 4 : Collaborer avec les partenaires	TBM
Norme IV Des stratégies d'innovation et de développement	
N° 5 : Gérer les activités de recherche	TBM
N° 6 : Innover de façon continue dans les pratiques	TBM
N° 7 : Gérer les activités d'enseignement	M

Structurel

Norme V La mobilisation et la valorisation des ressources humaines	
N° 8 : Définir les engagements de l'organisation ainsi que la philosophie de gestion pour assurer le développement et la mobilisation des ressources humaines	M
N° 9 : Gérer et valoriser les ressources humaines	M
N° 10 : Encadrer les équipes de travail	M
N° 11 : Développer les connaissances et les compétences du personnel	M
Norme VI Une gestion efficiente des ressources financières, matérielles et informationnelles	
N° 12 : Gérer les ressources financières	TBM
N° 13 : Gérer les ressources matérielles	M
N° 14 : Gérer les ressources informationnelles	TBM

Norme VII Le plan de communication	
N° 15 : Concevoir et mettre en œuvre le plan de communication	TBM
N° 16 : Assurer la gestion de la documentation et des informations internes	M

Professionnel

Norme VIII La gestion du personnel et des ressources associées	
N° 17 : Apprécier la contribution individuelle du personnel	M
N° 18 : Superviser et encadrer les intervenants sur le plan clinique	M
N° 19 : Gérer les ressources intermédiaires et les ressources de type familial	SO
N° 20 : Gérer les ressources bénévoles	M
Norme IX La qualité dans l'organisation des prestations de services	
N° 21 : Accueillir, traiter et orienter les demandes de services	TBM
N° 22 : Gérer les listes d'attente	TBM
N° 23 : Planifier les interventions et dispenser les services	M

N° 24 : Gérer les plaintes et les insatisfactions de la clientèle	TBM
Norme X La sécurité des interventions	
N° 25 : Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique	M
N° 26 : Assurer la prestation d'interventions sécuritaires pour les clientèles et le personnel	M
N° 27 : Gérer la tenue du dossier de l'utilisateur et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle ²	M

Résultat pour la capacité d'amélioration

L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* maîtrise les six qualités normatives sous l'angle de la capacité d'amélioration.

Tableau synoptique de l'évaluation des qualités normatives

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

Disponibilité de l'information : l'organisation dispose de l'information nécessaire pour évaluer ses processus.

Pertinence de l'analyse : l'analyse effectuée tient compte de l'information disponible et les pistes d'amélioration dégagées sont cohérentes.

Pertinence du plan d'amélioration : les objectifs et stratégies du plan d'amélioration sont cohérents avec l'analyse effectuée.

Réalisme du plan d'amélioration : le plan d'amélioration est réalisable dans les délais fixés compte tenu des ressources disponibles et de la mobilisation du personnel.

Capacité d'adaptation : l'organisation a démontré qu'il sait s'adapter aux circonstances, convertir une contrainte en opportunité.

Capacité de mise en oeuvre : l'organisation est capable de passer à l'action.

{Page 13}

SECTION 2

La décision d'agrément

{Page 14}

SECTION 2

LA DÉCISION D'AGRÉMENT

Niveau de conformité aux trois règles de certification d'agrément

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

- l'organisation doit obtenir des résultats satisfaisants aux deux secteurs : satisfaction de la clientèle et climat organisationnel. L'organisation maîtrise un secteur lorsque 66 % des résultats sont comparables ou supérieurs à ceux du groupe de référence;
- l'organisation doit démontrer qu'elle se conforme, de manière satisfaisante aux 3 normes de niveau professionnel et à 4 des 7 normes de niveau stratégique et structurel. Au total, elle doit se conformer à

70 % des normes d'excellence. Le niveau de conformité à la norme est jugé satisfaisant lorsque l'évaluation de l'ensemble des processus témoigne que 3 des 4 qualités normatives sont maîtrisées;

- l'organisation doit démontrer qu'elle satisfait aux 6 qualités normatives relatives à la capacité d'amélioration.

La satisfaction de la clientèle

CONSIDÉRANT que l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard de la satisfaction de la clientèle,

Degré de satisfaction de la clientèle de l'Institut Nazareth et Louis-Braille pour chacun des indicateurs « clientèle »

Indicateur de la satisfaction de la clientèle	Résultat %	Cote
Relation avec le client	94,14	2
Prestation professionnelle	89,23	2
Organisation des services	89,97	2

{Page 15}

La mobilisation du personnel

CONSIDÉRANT que l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard du degré de mobilisation du personnel,

Degré de mobilisation du personnel de l'Institut Nazareth et Louis-Braille pour chacun des indicateurs

Indicateur mesurant le degré de mobilisation du personnel	Résultat %	Cote
Réalisation	79,67	2
Implication	77,52	2
Collaboration	82,85	2
Soutien	76,91	2
Communication	74,69	2
Leadership	77,00	2

Cote 1 : **Résultat insatisfaisant au regard des standards requis**

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

Cote 2 : **Résultat satisfaisant au regard des standards requis**

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

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

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

Les 10 normes d'excellence

CONSIDÉRANT qu'au niveau des normes d'excellence, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* répond aux standards requis puisqu'il se conforme de manière satisfaisante aux 10 normes énoncées dans le cadre normatif.

Stratégique

Normes d'excellence	Niveau de conformité: Tout à fait conforme	Niveau de conformité: Conforme	Niveau de conformité: Non conforme
Norme I : Une vision, des valeurs et un engagement qualité	{Cellule vide}	X	{Cellule vide}
Norme II Une offre concertée de service	{Cellule vide}	X	{Cellule vide}
Norme III Une interaction continue avec le milieu	X	{Cellule vide}	{Cellule vide}
Norme IV Des stratégies d'innovation et de développement	{Cellule vide}	X	{Cellule vide}

Structurel

Normes d'excellence	Niveau de conformité
---------------------	----------------------

	Tout à fait conforme	Conforme	Non conforme
Norme V : La mobilisation et la valorisation des ressources humaines	{Cellule vide}	X	{Cellule vide}
Norme VI : Une gestion efficiente des ressources financières, matérielles et informationnelles	X	{Cellule vide}	{Cellule vide}
Norme VII : Le plan de communication	{Cellule vide}	X	{Cellule vide}

Professionnel

Normes d'excellence	Niveau de conformité		
	Tout à fait conforme	Conforme	Non conforme
Norme VIII : La gestion du personnel et des ressources associées	{Cellule vide}	X	{Cellule vide}
Norme IX : La qualité dans l'organisation des prestations de services	X	{Cellule vide}	{Cellule vide}
Norme X : La sécurité des interventions	{Cellule vide}	X	{Cellule vide}

La capacité d'amélioration

CONSIDÉRANT que l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* démontre une capacité d'amélioration répondant aux exigences des six qualités normatives prescrites,

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

Le Conseil québécois d'agrément tient à souligner que l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* maîtrise 10 processus sur 26 avec une cote TRÈS BIEN MAÎTRISÉE et a obtenu la cote maximale aux 6 angles de la capacité d'amélioration.

{Page 18}

Certificat d'agrément

INSTITUT NAZARETH ET LOUIS-BRAILLE
est reconnu pour la qualité de ses services
décembre 2012 à décembre 2016

Ghislaine Brosseau, présidente
Lyne Pelletier, directrice générale

CQA Conseil Québécois d'Agrément
Accompagner les organisations pour une gestion intégrée de la qualité
Agréé par International Society for Quality in Health Care (ISQua)

{Page 19}

SECTION 3
Évaluation détaillée

{Page 20}

SECTION 3

ÉVALUATION DÉTAILLÉE

10 normes d'excellence

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

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

Les normes de niveau stratégique

Au nombre de quatre, ces normes couvrent l'ensemble des processus relatifs aux champs stratégiques de l'organisation : vision et engagement qualité, valeurs, projet d'organisation et approche clientèle. Elles exigent notamment, de la part d'une organisation, un effort de transparence dans la déclinaison de ses valeurs fondamentales, de sa vision de l'excellence et dans la formalisation de ses orientations stratégiques.

Les normes de niveau structurel

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

Les normes de niveau professionnel

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

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

{Page 21}

Processus organisationnels

Les processus organisationnels décrivent l'ensemble des activités qu'une organisation met en œuvre pour répondre aux exigences des normes d'excellence auxquelles elle cherche à se conformer. Les processus contribuent directement : à améliorer sans cesse la qualité des services, dans la réponse apportée aux attentes et aux besoins de la clientèle; à maintenir et à développer la mobilisation du personnel et finalement à augmenter la performance de l'organisation. Leur évaluation repose sur le questionnement suivant : *ce que l'on fait correspond-t-il à ce qu'on est sensé faire et à ce qui est recherché?*

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

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

Documentation : le processus est appuyé par un support documentaire.

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

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

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

{Page 22}

Évaluation de la conformité aux 10 normes d'excellence pour l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*

Les évaluateurs du CQA ont réalisés les observations et les analyses qui ont permis de confirmer ou d'infirmer l'autoévaluation de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* sur les processus organisationnels.

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

{Page 23}

NORME I : Une vision, des valeurs et un engagement qualité

Intitulé de la norme I	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
------------------------	--

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

Documentation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'organisation. Elle a constaté que l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a défini ses valeurs mais qu'il n'a pas défini et formalisé sa vision de la qualité et son engagement en la matière. En conséquence et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- définir et formaliser sa vision qualité et son engagement en la matière;
- s'assurer de sa diffusion et de son appropriation par le personnel.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Le personnel a su témoigner qu'il connaissait et mettait en pratique les valeurs reconnues par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Les orientations et outils qui ont été mis en place par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* (code d'éthique, plan d'organisation et indicateurs de mesure) contribuent à la réalisation de ce processus.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

{Page 24}

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 organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
<p>Processus N° 2 Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle</p>	<p>TRÈS BIEN MAÎTRISÉ</p>

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La grande majorité des programmes cadres ont été mis en place et un suivi annuel est effectué. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille*, par sa participation, à de nombreuses tables locales, régionales ou provinciales, est à l'affût des changements au niveau des besoins de ses clientèles notamment en ce qui a trait à son vieillissement.

Actualisation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation considérant que tous les critères définissant ce processus sont rencontrés. Le personnel est bien informé et met en application les différents éléments de ce processus.

Adéquation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation considérant que les orientations les moyens et procédures de suivi sont complets et concourent aux fins de ce processus. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a établi des ententes avec les CSSS, il révisé ses programmes avec ses équipes. Il informe sa clientèle sur les services qu'il offre, par divers et de multiples moyens.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

{Page 25}

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Elle a été en mesure de constater que l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* n'a pas formalisé un système continu d'évaluation de la satisfaction de sa clientèle.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a démontré qu'il a réalisé des évaluations sur le degré de satisfaction des usagers suite à l'implantation de nouveaux modes d'intervention ou l'application de nouvelles technologies.

Adéquation

L'équipe visiteuse **diminue** la cote de l'organisation ce processus est incomplet au regard des critères requis.

En conséquence, considérant les commentaires du dernier rapport d'agrément et le plan d'amélioration (2009-2012) où un objectif était prévu à cet effet, et en appui au présent plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- formaliser et administrer, de manière continue, un système d'évaluation de la satisfaction de la clientèle à l'égard des services reçus.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

{Page 26}

NORME III : Une interaction continue avec le milieu

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

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. De nombreux partenariats établis viennent soutiennent la réalisation de la mission de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*.

Actualisation

L'équipe visiteuse *rehausse* la cote de l'organisation. Tous les critères relatifs à ce processus sont rencontrés. Le personnel est bien informé et applique les différents éléments de ce processus. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* contribue, en collaboration avec ses partenaires, au développement de programmes (a développé un programme de formation et fait connaître un outil de repérage de la déficience visuelle chez les aînés avec les CSSS). Il a mis en place de nombreux interfaces et mécanismes de référence. De plus, il partage et met son expertise à la disposition de différents partenaires.

Adéquation

L'équipe visiteuse *rehausse* la cote de l'organisation car ce processus est complet. La création récente d'un service de soutien à la communauté est un levier important pour l'intégration sociale des clientèles de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*. L'appréciation des partenaires est aussi fort positive comme en témoignent les rencontres effectuées dans le cadre de la présente démarche d'agrément.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

{Page 27}

NORME IV : Des stratégies d'innovation et de développement

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

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus N° 5 Gérer les activités de recherche ²	TRÈS BIEN MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a des orientations en la matière et s'est donné un plan d'action avec ses partenaires montréalais ainsi qu'avec les universités concernées.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Le personnel est informé des projets de recherche et les retombées de certains de ces projets sont actualisées dans les pratiques professionnelles (ex. : vision excentrique, conduite automobile).

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a mis en place des plans d'action et des indicateurs et procédures de suivi opérationnels.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires liées à ce processus.

{Page 28}

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La documentation présentée en soutien à ce processus est complète et à jour.

Actualisation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation considérant l'ensemble des exemples d'innovation présentés lors de la visite et les divers moyens mis en place par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* pour soutenir les initiatives de tout le personnel dans le domaine. Le personnel est bien informé et met en application les moyens mis en place, y compris le personnel de soutien.

Adéquation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation. Les projets sont soutenus par des orientations claires. Un soutien et un financement est offert par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* à la réalisation des projets présentés par le personnel et des cibles et indicateurs de suivi sont en place.

L'équipe visiteuse tient à souligner qu'il considère comme exemplaire ce processus de par les orientations prises et les moyens mis en œuvre par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*. Les nombreux projets réalisés dans le domaine de l'intervention ou des nouvelles technologies sont aussi évalués sur le plan des effets ou impacts sur la qualité des services.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La documentation présentée en soutien à ce processus est complète et à jour.

{Page 29}

Actualisation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation considérant que le personnel est bien informé des nombreuses mesures mises en place et qu'il les appliquent.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative, et tient à souligner la pertinence des cibles prévues au plan d'amélioration pour mieux soutenir les maîtres de stage (meilleur soutien à leur formation, développement de facilitateurs).

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

{Page 30}

NORME V : La mobilisation et la valorisation des ressources humaines

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

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

Documentation

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Toutefois, elle tient à faire remarquer que la philosophie de gestion des ressources humaines et les engagements de

l'Institut Nazareth et Louis-Braille envers le personnel ne sont pas présents dans le plan d'organisation bien qu'ils le soient dans le plan de développement des ressources humaines (PDRH). L'équipe visiteuse suggère donc à *l'Institut Nazareth et Louis-Braille* d'intégrer la philosophie de gestion des ressources humaines et ses engagements envers le personnel dans le plan d'organisation.

Actualisation

L'équipe visiteuse **diminue** la cote de l'organisation car, lors des rencontres avec les équipes, elle a constaté que celles-ci n'avaient pas connaissance de la philosophie de gestion et des engagements de l'établissement envers son personnel.

En conséquence, et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à *l'Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- diffuser et clarifier la philosophie de gestion et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel.

Adéquation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation car l'ensemble des activités réalisées et reliées à ce processus sont adéquates et complètes.

{Page 31}

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Toutes les composantes de ce processus (recrutement, accueil des nouveaux employés, probation, relation de travail, PAE, supervision des employés de soutien, dossier du personnel) sont formalisés dans des documents (politique ou procédures).

L'équipe visiteuse tient à souligner la qualité des politiques et procédures mises en place par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* pour l'accueil et l'intégration des nouveaux employés, qualité soulignée par les équipes d'évaluation rencontrées lors de la visite. La présence d'une politique visant à recruter, à compétence égale, des employés ayant une déficience visuelle a été également notée.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Le personnel est au courant des différentes procédures en la matière et sait à qui s'adresser pour plus d'information.

Adéquation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation. Ce processus est complet et les éléments mis en place rencontrent les critères de ce processus. De multiples moyens et procédures de suivi permettent la réalisation de ce processus de façon intégrée.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires liées à ce processus.

{Page 32}

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Toute la documentation présentée en soutien à ce processus est complète et à jour.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* met en place de la supervision ainsi que des rencontres régulières pour soutenir le personnel et l'encadrer dans son travail. Des cibles sont établies pour les charges de travail et les rôles sont définis au niveau de la coordination et de la collaboration inter services.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Des précisions restent toutefois à apporter quant

aux rôles, tâches et responsabilités des personnes impliquées dans les activités reliées à ce processus.

Légalité

Aucune obligation légale ne s'applique à ce processus.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La politique sur la formation du personnel remonte à 2003, et elle est actuellement en révision.

{Page 33}

Actualisation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation considérant que le personnel est très bien informé et sait maîtriser les divers éléments de ce processus. Malgré les compressions budgétaires en cours dans le réseau, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a su mettre en place les moyens pour permettre à son personnel de maintenir et développer son expertise et ses compétences.

Adéquation

L'équipe visiteuse *rehausse* la cote de l'organisation considérant que les orientations, moyens et procédures de suivi sont nombreuses et bien intégrées. Elles concourent à rencontrer les critères de ce processus. Le plan de formation est révisé régulièrement après consultation du personnel.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

NORME VI : Une gestion efficiente des ressources financières, matérielles et informationnelles

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

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* planifie l'allocation financière en fonction de l'offre de service et de l'organisation des services. Il alloue les ressources financières selon les bonnes pratiques. Il contrôle l'utilisation de ses ressources et fournit à ses gestionnaires les outils à cette fin.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Toutes les activités reliées à ce processus sont appliquées par le personnel concerné.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Elle a pu constater que l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a mis en place de nombreux outils pour assurer un suivi financier adéquat.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

{Page 35}

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La documentation présentée en soutien à ce processus est complète et à jour.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Bien que de nombreux commentaires aient été faits, par les équipes d'évaluation, sur l'ergonomie des postes de travail, l'entretien ménager et les immobilisations, l'équipe visiteuse a pu constater les suivis faits par la direction de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* à ce niveau.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Bien que l'équipe visiteuse ait été informée qu'un plan de signalisation a été retenu dernièrement par la direction de l'*Institut Nazareth Louis Braille*, elle tient à souligner les délais importants entre la fin des travaux de réaménagement à Longueuil et la mise en place de ce plan.

En conséquence, et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- mettre en place un plan de signalisation et, en faire rapport au CQA, d'ici le 31 mars 2013.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Un plan directeur des ressources informationnelles (PDRI) a été adopté par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* et un plan directeur de la sécurité des actifs informationnels est formalisé. Ces plans sont mis à jour régulièrement. Celui sur la sécurité a été vérifié par le Techno-Centre régional en fonction des 15 mesures obligatoires.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Le personnel est formé sur la sécurité informatique et dans l'implantation des différentes technologies et applications.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Les orientations, moyens et procédures sont très bien intégrés. Le personnel reconnaît la qualité et la disponibilité des services mis à leur disposition.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

{Page 37}

NORME VII : Le plan de communication

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

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

Documentation

L'équipe visiteuse *rehausse* la cote de l'organisation. Ce processus est très bien formalisé (ex. : politique sur les communications, plan de communication, nombreux outils de communication à l'intention du personnel, des clientèles et des partenaires etc.).

Actualisation

L'équipe visiteuse *rehausse* la cote de l'organisation considérant que le personnel est informé régulièrement et sait où s'adresser pour obtenir des informations. Il en est de même pour les clientèles. En plus de l'intranet qui est en révision, des publications régulières sont diffusées soit au personnel ou aux usagers. La directrice générale de l'établissement transmet deux fois par année, par le courrier, des communiqués contenant des informations à jour à tous les usagers. Les documents officiels et l'information utile aux usagers sont produits dans des médias adaptés aux divers modes de lectures des clientèles.

Adéquation

L'équipe visiteuse *rehausse* la cote de l'organisation considérant que les orientations, les moyens et procédures de suivi avec indicateurs sont parfaitement intégrés pour la réalisation de l'objet de ce processus.

Légalité

Aucune obligation légale ne s'applique à ce processus.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'organisation en l'absence d'une politique globale assurant la mise à jour et la gestion des informations internes, incluant les politiques et les procédures reliées à ses activités de manière à identifier un responsable et à en garantir l'actualisation et le suivi. L'équipe visiteuse a de plus constaté que sur l'ensemble des politiques, règlements et procédures présentement en vigueur dans l'établissement, plus de la moitié datent de plus de trois ans.

En conséquence, et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- élaborer et appliquer une procédure globale sur la mise à jour, la gestion et l'accessibilité des informations internes;
- procéder à la révision et, au besoin à la mise à jour, de ses règlements, politiques et procédures datant de plus de 3 ans.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Le personnel connaît les politiques et procédures utiles à son travail et sait à qui s'adresser pour de plus amples informations.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. *l'Institut Nazareth et Louis-Braille* est toutefois à revoir la conception de son intranet afin d'assurer une gestion de l'information plus efficiente. De plus, l'équipe visiteuse suggère à *l'Institut Nazareth et Louis-Braille* d'intégrer dans sa politique globale de clarifier les notions de règlements, de politique, procédure et d'orientation clinique.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires liées à ce processus.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Depuis la dernière démarche d'agrément, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a formalisé sa procédure d'appréciation de la contribution du personnel et ce, tel que recommandé dans le rapport d'agrément. Cette procédure repose sur une documentation officielle et récente, laquelle a été bonifiée par différents outils et des consultations auprès du personnel.

Actualisation

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Toutefois, lors de la visite, l'équipe visiteuse a pu constater qu'en 2011-2012, 29 % du personnel avait été évalué et que les données partielles pour 2012-2013 (au 6 octobre 2012) faisaient mention de 29 % de plus. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* prévoit ainsi, sur une base de trois ans, avoir procédé à une rencontre d'appréciation de la contribution de l'ensemble de son personnel.

En conséquence, considérant que l'établissement est engagé dans sa troisième démarche d'agrément et compte tenu de la recommandation émise lors du précédent agrément, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- prendre les moyens afin de procéder à l'appréciation de la contribution de l'ensemble de son personnel et, en faire rapport au CQA d'ici le 30 juin 2014.
- s'assurer que son personnel connaît la politique d'appréciation de la contribution et ses mécanismes d'application.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative et lui suggère à celui-ci de clarifier les objectifs des différents types d'évaluation mis en place pour le personnel (probation, supervision clinique, appréciation de la contribution).

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires liées à ce processus.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Des orientations et cadres de référence ont été définis lors de la formalisation de chacun des programme cadres mais l'équipe visiteuse n'a pu répertorier de politique précisant les mécanismes en place pour la supervision et l'encadrement des intervenants cliniques.

En conséquence, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- se doter d'une politique décrivant les mécanismes, rôles et responsabilités dans la mise en place de la supervision et de l'encadrement clinique des intervenants.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative en concordance avec l'analyse des équipes d'évaluation sur les améliorations devant être apportées par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* dans ce processus notamment pour ce qui concerne le programme basse vision.

{Page 41}

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative en lien avec certains éléments pouvant être améliorés (harmonisation de la supervision, poursuite de la clarification des rôles entre gestionnaires et spécialistes en activités cliniques).

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative car l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus. Elle tient à souligner le dynamisme et les initiatives prises par le conseil multidisciplinaire dans le cadre de son mandat (ex. : harmonisation des pratiques, développement d'outils pour l'intervention auprès de clientèles ayant un comportement perturbateur, etc.). Elle souligne également le soutien apporté par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* aux différents comités de pairs, comités qui pour certains sont composés d'intervenants n'étant pas représentés au plan provincial par des ordres professionnels.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus N° 19 Gérer les ressources intermédiaires et les ressources de type familial	SO

Comme l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* ne gère pas actuellement de ressources intermédiaires ou de type familial, et, d'un commun accord avec le CQA, ce processus n'a pas été évalué.

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus N° 20 Gérer les ressources bénévoles ⁶	MAÎTRISÉ

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a formalisé l'ensemble des éléments requis pour une saine gestion de ce processus.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative considérant qu'une partie du personnel méconnaît les services offerts par les bénévoles au sein de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*.

{Page 42}

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La majorité des services offerts par les bénévoles le sont auprès du personnel de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* ayant une déficience visuelle. L'équipe visiteuse est en accord avec les cibles identifiées par l'établissement au plan d'amélioration (13.1.1, 13.1.2, 13.1.3) et visant à revoir son offre de service à ce niveau et particulièrement pour sa clientèle.

Légalité

Aucune obligation légale ne s'applique à ce processus.

NORME IX : La qualité dans l'organisation des prestations de service

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

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Une documentation complète soutient l'ensemble des critères de ce processus et elle est mise à jour régulièrement.

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Le personnel est bien informé des procédures entourant les demandes de services et les applique.

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Les orientations, objectifs, moyens et procédures de suivi et indicateurs sont cohérents et permettent de rencontrer les critères de ce processus.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires liées à ce processus.

{Page 44}

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La documentation présentée en soutien à ce processus est complète et à jour.

Actualisation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation, Elle a pu constaté que les équipes sont très bien informées et mettent en pratique les procédures. Elles sont au courant des critères de mise en priorité et sont régulièrement informées des délais et du nombre d'usagers en attente.

Adéquation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a instauré des mécanismes de gestion des listes d'attente (inscription, mise à jour et suivi) et le suivi du nombre de clients en attente et des délais d'attente avant inscription sont réalisés. Le suivi est également fait auprès des clients inscrits sur la liste d'attente de manière à répondre rapidement à toute aggravation de leur situation. De plus, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* est en mesure d'identifier les failles potentielles du système actuel (processus de cheminement du client) pouvant expliquer l'existence des listes d'attente et il apporte des solutions afin de diminuer voire éliminer les éliminer. Le processus de gestion des listes d'attente est révisé périodiquement.

Légalité

Aucune obligation légale ne s'applique à ce processus.

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

Documentation

L'équipe visiteuse *diminue* la cote de l'organisation car elle a pu constater de l'absence d'une documentation formelle portant sur l'élaboration et le suivi des plans d'intervention (PI) et plans de service individualisé (PSI).

{Page 45}

En conséquence, et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- définir ses orientations visant à soutenir les mécanismes d'élaboration et de révision des plans d'intervention et des plans de service individualisé;

Actualisation

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Le personnel connaît et applique les guides en la matière mis à sa disposition. Toutefois, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* prévoit la poursuite du travail d'harmonisation dans l'élaboration des PI et des PSI et dans le plan d'amélioration, une cible est identifiée afin de

favoriser une plus grande implication et une amélioration de la responsabilisation des usagers.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Bien que la responsabilité de faire un suivi quant à l'élaboration, la révision et la qualité des PI et PSI soit actuellement assurée par un conseiller en activité clinique, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* est conscient qu'il n'a pas d'indicateurs ou de données sur le nombre de PI et PSI réalisés et sur leur révision. Le système d'information clientèle actuel (info-réadapt.) ne le permet pas et le système SIPAD n'est pas encore implanté.

En conséquence, et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- se doter d'outils lui permettant de s'assurer que les suivis quant à l'élaboration, la révision et la qualité des PI et des PSI sont régulièrement réalisés.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

{Page 46}

Processus organisationnels	Résultats (NM, M, TBM)
Processus N° 24	TRÈS BIEN MAÎTRISÉ

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. L'ensemble de la documentation en soutien à ce processus est complète et à jour.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Le personnel est informé et applique la procédure sur la gestion des insatisfactions. Il connaît également le rôle de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et sait comment y référer des usagers.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La clientèle de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* est bien informée, par divers moyens, sur la procédure de gestion des plaintes et des insatisfactions de la clientèle et un suivi rigoureux est assuré. L'équipe visiteuse souligne qu'une réflexion a été engagée par les différentes instances concernées suite au constat du nombre peu élevé de plaintes.

Légalité

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

{Page 47}

NORME X : La sécurité des interventions

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

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative et appuie l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* dans son objectif retenu au plan d'amélioration retenu à l'effet de « poursuivre ses réflexions afin de formaliser des balises quant aux situations qui nécessitent l'élaboration de protocoles ».

En conséquence, et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- se doter de critères permettant d'identifier les guides et les protocoles nécessaires à la pratique professionnelle sécuritaire

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Elle a pu constater, lors des rencontres avec les équipe d'évaluation, d'une certaine confusion entre les notions de guide et de protocole ainsi que sur les modalités entourant l'élaboration de tels outils et leur adoption par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*.

En conséquence, et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- clarifier les notions de guide et de protocole et s'assurer de son appropriation par le personnel concerné.

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Elle a été en mesure de constater la faiblesse des contrôles entourant l'application des guides et protocoles.

{Page 48}

En conséquence, et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- se doter de mécanismes de contrôle sur l'application de l'ensemble de ses protocoles et des guides d'intervention clinique.

Légalité

L'équipe visiteuse **diminue** la cote de l'organisation. Elle a pu constater que l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* se conforme à la loi en ayant adopté un protocole portant sur l'application des mesures de contrôle d'une personne (isolement, moyen mécanique ou substance chimique).

Toutefois, elle considère que ce règlement, dans sa facture actuelle, est peu applicable au type de services offerts et aux clientèles de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*. La possibilité d'une désorganisation momentanée du comportement d'un usager, soit dans les installations de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* ou à son domicile, lors de la prestation de services a été mentionnée par le personnel et la direction. En conséquence, l'équipe visiteuse encourage l'établissement à poursuivre avec son comité multidisciplinaire sa réflexion sur les comportements perturbateurs et le Conseil québécois d'agrément, en lien avec la finalité de l'*article 118.1 de la LSSSS (alinéa a)*, recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- mettre à jour son protocole d'application des mesures (isolement, moyen mécanique ou substance chimique) de contrôle d'une personne plus conforme à la réalité de ses services.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La documentation présentée en soutien à ce processus est complète et à jour.

Actualisation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. L'information sur la gestion des risques et le rôle de vigie quant à l'éventualité d'évènements sentinelles, accordé de manière pertinente au comité de pairs, n'a pas été diffusé au personnel de soutien. En conséquence, et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* d' :

- assurer la diffusion la politique sur la gestion des risques afin qu'elle soit connue de l'ensemble du personnel.

{Page 49}

Adéquation

L'équipe visiteuse *confirme* l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La gestionnaire des risques (ex. : absence de tournée d'observation sur l'occurrence d'évènements sentinelles) et le comité de gestion des risques ne jouent pas totalement leur rôle. Ce constat découle des réponses obtenues aux questions posées lors de la visite et des nombreuses pistes d'amélioration identifiées par les équipes d'évaluation.

En conséquence, et en appui aux objectifs identifiés au plan d'amélioration, le Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- réviser le rôle et les fonctions du comité de gestion des risques et de la gestionnaire de risques afin de favoriser l'implantation d'une vision intégrée de la gestion des risques et de la prestation sécuritaire des services et, en faire rapport dans le bilan de la 1^{re} année du plan d'amélioration.

L'équipe visiteuse souligne que les plans d'urgence sont à jour et que les exercices d'évacuation sont effectués régulièrement. Un personnel est formé à ce niveau et les rôles sont bien identifiés.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

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

Documentation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. La révision de la politique et des procédures en matière de tenue de dossiers et de normes de confidentialité est présentement en cours et sera adoptée incessamment par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* pour diffusion.

Actualisation

L'équipe visiteuse **rehausse** la cote de l'organisation considérant que le personnel est bien informé en la matière et respecte l'ensemble des règles et procédures.

{Page 50}

Adéquation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Elle a pu constater l'absence de mécanismes formels assurant la qualité de la tenue des dossiers et des informations inscrites.

En conséquence et en soutien aux objectifs inscrits au plan d'amélioration, Conseil québécois d'agrément recommande à l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de :

- mettre en place des mécanismes permettant d'évaluer la qualité de la tenue des dossiers des usagers et des informations inscrites.

Légalité

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation effectuée par l'organisation pour cette qualité normative. Celle-ci se conforme à l'ensemble des exigences légales et réglementaires reliées à ce processus.

{Page 51}

Évaluation de la capacité d'amélioration de *Institut Nazareth et Louis-Braille*

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

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

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

Les évaluateurs du CQA ont réalisé les observations et les analyses qui ont permis de confirmer ou d'infirmer l'autoévaluation de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* sur ces six qualités normatives.

L'évaluation détaillée qui suit présente les principaux éléments sur lesquels reposent les écarts entre l'évaluation effectuée par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* et celle effectuée par l'équipe visiteuse.

Tableau synoptique de l'évaluation des qualités normatives

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

{Page 52}

La disponibilité de l'information

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation de l'organisation. Elle a pu constater sur place que l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* dispose de différents indicateurs lui permettant d'évaluer sa performance et d'ajuster, le cas échéant, certaines orientations. Les différents secteurs d'activités disposent de rapports, relevés statistiques et bilans d'activités touchant autant les services cliniques que les ressources humaines, informationnelles et financières. Ces données permettent de suivre l'évolution des services et de procéder à des analyses plus poussées, de justifier, de formaliser, voire de modifier les pratiques inhérentes à la mission de l'établissement. Depuis plus récemment, les gestionnaires disposent d'un générateur de rapports afin de faire un suivi plus étroit des interventions cliniques et des cibles de performance. Finalement, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a accès à un tableau de bord provincial permettant de comparer ses résultats pour différents indicateurs à ceux des établissements de même mission. L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* souhaite également poursuivre ses efforts afin de

continuer à développer des indicateurs visant à bonifier ses pratiques de gestion et son offre de services. À cet égard, l'équipe de gestion a identifié un objectif au plan d'amélioration afin de consolider certains indicateurs dont il compte effectuer le suivi au moyen de tableaux de bord.

La pertinence de l'analyse

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation de l'organisation. L'analyse a été effectuée à partir de plusieurs sources d'information, soit le bilan du plan d'amélioration 2009-2012, les résultats issus des sondages réalisés dans le cadre de la démarche d'agrément et ceux réalisés à l'interne, les résultats aux différents indicateurs, les consultations auprès des partenaires, les commentaires des équipes d'évaluation, du comité d'agrément ainsi que des gestionnaires. En ce qui a trait à l'analyse des résultats de sondage, une attention particulière a été portée à l'évolution des résultats au cours des démarches d'agrément précédentes. La démarche d'agrément a été menée par une équipe qui s'est assurée de la cohérence et de la rigueur apportée à chacune des étapes. La méthodologie utilisée pour procéder à l'analyse des pistes a permis de générer des objectifs qui englobent plusieurs processus à la fois et qui assurent un lien avec la planification stratégique. D'autre part, afin de s'assurer de la pertinence de l'analyse des informations recueillies au cours de la démarche, un document synthèse des commentaires des membres des équipes a été élaboré puis validé par ces derniers (DG116). Une révision de la synthèse de la cotation effectuée par les équipes (DG117) a également permis de compléter l'analyse. L'équipe visiteuse mentionne également la production d'un document regroupant les pistes priorisées par les équipes d'évaluation, par le comité des opérations (ensemble des gestionnaires) ainsi que par le comité d'agrément (DG118). Des liens ont également été effectués afin d'assurer une harmonisation avec la planification stratégique de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* et une cohérence avec les autres démarches de planification organisationnelle telles que le plan de développement des ressources

humaines (PDRH) et le plan de développement des ressources informationnelles (PDRI).

{Page 53}

La pertinence du plan d'amélioration

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation de l'organisation. Les objectifs contenus au plan d'amélioration découlent directement de l'analyse des pistes retenues comme étant celles priorisées pour chacun des processus. Ils sont liés aux besoins et aux faiblesses énoncées par les usagers (sondage clientèle), les employés (sondage mobilisation), les partenaires lors des rencontres de consultation, les participants des trois équipes d'évaluation, du comité d'agrément et de l'équipe de gestionnaires. Tel que mentionné précédemment, le plan d'amélioration intègre les grandes orientations de la planification stratégique en plus de faire référence à d'autres plans organisationnels (PDRH et PDRI) de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*. L'ordre des priorités a été établi en tenant compte des impacts sur l'organisation, sur l'amélioration et l'efficacité des services ou leur sécurité. Des efforts particuliers ont été consentis afin d'identifier des indicateurs de résultats mesurables.

En plus du travail de consultation et de validation auprès de l'équipe de gestion, le plan d'amélioration a été présenté aux équipes d'évaluation qui ont souligné sa pertinence de même qu'au comité d'agrément avant son approbation par le conseil d'administration.

L'équipe visiteuse tient à souligner l'extrême rigueur démontrée par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* au niveau des pistes d'amélioration. En effet, les pistes, identifiées par les équipes d'évaluation, n'ayant pas été retenues dans le plan d'amélioration ont été dirigées vers les gestionnaires concernés. Les équipes d'évaluation en ont été informées. Un document regroupant l'ensemble des pistes soulevées indique si elles ont été retenues dans le plan d'amélioration, dirigées vers les gestionnaires

concernés ou encore, si elles étaient déjà incluses au plan d'action découlant de la planification stratégique ou des autres plans organisationnels.

Le réalisme du plan d'amélioration

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation de l'organisation. Le plan, qui intègre d'autres grandes démarches organisationnelles, est le fruit de consultations et de discussions. Si l'on se réfère à l'expérience organisationnelle en matière de planification et aux réalisations antérieures qui en découlent, il est réaliste bien qu'ambitieux. À cet égard, une attention particulière a été portée aux échéanciers associés à la réalisation des cibles. De même, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a procédé à une évaluation des risques potentiels à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés et aucune entrave possible n'a pu être identifiée.

L'équipe de gestionnaires et les équipes de travail sont très rigoureuses dans l'accomplissement de leurs tâches et de leurs mandats. Des objectifs annuels et des suivis périodiques sont effectués et permettent de dresser le portrait des réalisations et d'ajuster le tir le cas échéant. Des liens avec la planification stratégique de même qu'avec le plan de développement des ressources informationnelles et le plan de développement des ressources humaines ont été effectués.

{Page 54}

Un outil sera élaboré pour assurer la cohérence et faciliter le suivi, à la fois du plan d'amélioration et des objectifs de la démarche de planification stratégique. L'équipe de gestionnaires a toujours mené à bon port ses projets et ses dossiers, et ce, avec détermination et diligence. De plus, le fait que les acteurs concernés adhèrent et croient à cette démarche et à sa faisabilité ajoute au réalisme de la concrétisation de ce plan. Les équipes d'évaluation ont validé le contenu du plan d'amélioration relativement à son réalisme.

La capacité d'adaptation

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation de l'organisation. L'équipe visiteuse a pu constater qu'au cours des dernières années, l'accès à des sources de développement budgétaire relativement importantes combinés à une pénurie de ressources spécialisées et à une augmentation de la clientèle représentait un défi pour l'*Institut Nazareth et Louis-Braille*. Elle a su tirer profit de la situation pour diversifier ses équipes multidisciplinaires, mieux se préparer aux départs massifs à la retraite, bonifier son offre de services et assurer le maintien des services à la clientèle dans de meilleurs délais que ceux imposés par le plan d'accès.

Plus récemment, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a effectué une révision de ses critères d'admissibilité qui permettent de rejoindre une plus grande clientèle tout en se conformant aux orientations ministérielles et a également dû s'ajuster à un programme révisé des aides techniques assurées par la RAMQ. Ces changements ont entraîné des répercussions dans les processus cliniques et l'offre de services et ont nécessité la mobilisation du personnel clinique et de soutien.

Cette capacité d'adaptation est également rendue possible grâce aux liens privilégiés de collaboration que l'équipe de direction entretient avec ses partenaires ainsi qu'avec le comité des usagers. Par ailleurs, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* se préoccupe d'impliquer l'utilisateur et ses proches dans différentes discussions cliniques afin d'obtenir leur point de vue et de recenser les besoins non comblés. Dans le respect du rôle et de la mission de la première ligne, l'établissement a développé un programme de collaboration sans précédent visant à les outiller pour mieux intervenir, notamment auprès des aînés ayant une déficience visuelle.

La capacité de mise en œuvre

L'équipe visiteuse **confirme** l'évaluation de l'organisation. Au regard du plan d'amélioration 2009-2012, l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* a atteint la majorité des cibles qu'il s'était fixées pour lesquelles il était maître d'œuvre. Certains objectifs partiellement atteints ont été reconduits et précisés dans l'actuel plan d'amélioration. Les objectifs du plan d'amélioration 2009-2012 ont fait l'objet de suivis périodiques afin d'établir le bilan des travaux.

La revue des réalisations nous permet de dresser un bilan positif des actions entreprises, par l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* notamment en ce qui concerne la révision de l'offre de services, l'élaboration des programmes-cadres, l'accessibilité aux services en conformité avec les orientations ministérielles, la mise en place de soutien clinique, l'approbation par le Conseil d'administration du plan de développement des ressources informationnelles et du plan de développement des ressources humaines et le suivi annuel qui en est fait, les travaux d'aménagement du siège social et des points de services ainsi que la mise en place d'un plan de communication. Un des défis du plan d'amélioration 2012-2016 sera de consolider ces aspects, de permettre à l'ensemble des composantes de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* de se les approprier et de les faire vivre.

L'*Institut Nazareth et Louis-Braille* tente continuellement de s'ajuster aux changements externes et internes. Cette préoccupation à s'adapter constamment peut également être transposée aux suivis du plan d'amélioration puisque l'organisation s'assure de dresser un bilan de l'atteinte des cibles à raison de deux fois par année, bilans qui sont présentés à l'ensemble des gestionnaires ainsi qu'au comité de vigilance et de la qualité et également au conseil d'administration.

En conclusion, le comité de régie interne, le comité de gestion clinique, les rencontres de planification de la direction et les suivis, les rencontres et les bilans des équipes de travail sont autant de moyens qui permettent de rendre à terme les projets et les objectifs de l'*Institut Nazareth et Louis-Braille* et d'en valider les résultats.

{Page 56}

SECTION 4

Suivi des recommandations du CQA

{Page 57}

SECTION 4

SUIVI APPORTÉ PAR L'ÉQUIPE VISITEUSE AUX RECOMMANDATIONS DU 27 OCTOBRE 2009

Recommandations	Degré de réalisation		
	Réalisé intégralement	Partiellement réalisé	Aucunement réalisé
<p>Processus N° 14 concernant la tenue des dossiers et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> Prendre les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des dossiers des usagers fréquentant le point de services de Montréal, et renforcer le contrôle de leur circulation, et en faire rapport au CQA en <u>juin 2010</u>. 	X	{Cellule vide}	{Cellule vide}

Recommandations	Degré de réalisation		
	Réalisé intégralement	Partiellement réalisé	Aucunement réalisé
<p>Processus N° 20 concernant l'appréciation de la contribution du personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> En appui au plan d'amélioration, poursuivre l'élaboration et mettre en œuvre un système formel d'évaluation qui permettra d'apprécier la contribution de l'ensemble du personnel. 	{Cellule vide}	X	{Cellule vide}
<ul style="list-style-type: none"> Revoir l'ordre de priorisation de l'objectif 3.1 de son plan d'amélioration, concernant l'actualisation du système d'appréciation de la contribution du personnel, et en faire rapport au CQA en <u>juin 2010</u>. 	X	{Cellule vide}	{Cellule vide}

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

RELATION AVEC LE CLIENT

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

Respect

Considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à se conduire envers elle avec réserve et retenue. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif à la vie privée de l'utilisateur. Le respect sous-tend également une acceptation de la différence.

Confidentialité

Protection des renseignements personnels assurée par un environnement et des attitudes garantissant leur non-divulgence à des personnes non autorisées.

Empathie

Attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive du client, une considération de la globalité de la personne.

PRESTATION PROFESSIONNELLE

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

Fiabilité

Aptitude d'un système à garantir à chaque usager l'utilisation de pratiques diagnostiques et thérapeutiques sécuritaires et au moindre risque, assurant le meilleur résultat en termes de santé et de bien-être, conformément à l'état actuel des connaissances et pour la plus grande satisfaction de l'utilisateur, tant sur le plan des procédures que des résultats ou encore des contacts humains à l'intérieur du système de santé et de services sociaux.

Responsabilisation

Action destinée à accroître l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne.

Apaisement

Attitude propre à calmer, à rassurer une personne et à lui procurer une tranquillité d'esprit, un sentiment de sécurité et de confiance.

Solidarisation

Action destinée à impliquer, de près ou de loin, l'entourage de l'utilisateur (sa famille, ses proches, etc.) dans l'organisation et la prestation de services.

{Page 59}

ORGANISATION DES SERVICES

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

Simplicité

Qualité destinée à faciliter l'utilisation et la compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. Elle concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétention) que les choses qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser.

Continuité

Qualité assurant une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'utilisateur et la circulation de l'information.

Accessibilité

Qualité assurant la disponibilité des services et leur accès aux services sur le plan de la géographie, des installations physiques, des heures d'ouverture, de la langue et de la culture.

Rapidité

Caractéristique qui permet d'obtenir une réponse à une demande de services, ou au service lui-même, dans un laps de temps raisonnable.

Confort

Bien-être matériel résultant d'un environnement physique chaleureux caractérisé par des lieux sécuritaires, propres et ordonnés.

{Page 60}

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. ³
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

3 Kélada, Joseph N., op. cit.

	<p>résulte d'un développement d'attitudes et de comportements spécifiques, permettant aux individus d'œuvrer de façon continue en situation d'interdépendance.</p>
Soutien	<p>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.</p>
Communication	<p>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.</p>
Leadership	<p>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.</p>

{Page 61}

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

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

3 Par « **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.

4 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.

5 La **supervision clinique** inclut l'appréciation de l'acte professionnel et l'évaluation des interventions cliniques, entre autres par les différents conseils professionnels. Il est donc ici question des intervenants cliniques. La notion de supervision clinique fait référence à

l'accompagnement professionnel des intervenants ayant pour but de les aider à développer leur capacité d'intervention clinique auprès des usagers. La notion d'encadrement clinique fait référence aux résultats attendus en termes de productivité et de performance du travail des intervenants cliniques. Ces deux types d'accompagnement nécessitent parfois deux accompagnateurs différents mais sont, dans la réalité, souvent offerts par la même personne bien qu'il s'agisse de deux contextes différents.

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