



CONSEIL QUÉBÉCOIS  
D'AGRÉMENT

---

---

**Rapport d'agrément abrégé  
Centre de santé et de services sociaux  
de La Matapédia**

---

---

27 mars 2008

Le présent rapport est confidentiel. Le Conseil québécois d'agrément ne peut pas en divulguer le contenu à moins que l'établissement ne lui en donne formellement l'autorisation.

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

# Table des matières

## Introduction

### SECTION 1

#### **Évaluation globale**

Synthèse des principales forces et des principaux défis de l'établissement.....	2
Décision .....	3
Niveau de maîtrise des trois angles d'évaluation du cadre normatif .....	7
Tableau synoptique de l'évaluation du cadre normatif .....	8

### SECTION 2

#### **Les résultats**

La satisfaction de la clientèle .....	9
Le degré de mobilisation du personnel.....	12

### SECTION 3

#### **Les processus organisationnels**

Tableau synoptique de l'évaluation des processus .....	13
--	----

### SECTION 4

#### **La capacité d'amélioration**

Tableau synoptique de l'évaluation des qualités normatives.....	14
---	----

# Introduction

Ce rapport présente les conclusions de la validation externe de la démarche d'agrément effectuée par le *Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia*.

Rappelons que cette démarche comporte quatre étapes importantes :

- **l'autoévaluation de l'établissement;**
- **la validation par une équipe d'évaluateurs externes (ci-après appelée équipe visiteuse) des résultats de l'autoévaluation de l'établissement faisant suite à l'analyse de son dossier et à la visite dans l'établissement;**
- **l'analyse par le comité d'évaluation du Conseil québécois d'agrément du rapport de l'équipe visiteuse;**
- **la décision du Conseil québécois d'agrément par son conseil d'administration concernant l'octroi de l'agrément.**

La première section du rapport présente les principales forces et les principaux défis de l'établissement, la recommandation du comité d'évaluation, l'évaluation globale ainsi que le tableau synoptique du niveau de maîtrise des éléments compris dans les trois angles d'évaluation (les résultats, les processus organisationnels et la capacité d'amélioration).

La deuxième section présente les résultats de l'établissement aux sondages réalisés pour évaluer la satisfaction de la clientèle et la qualité du climat organisationnel. Ces résultats permettent d'établir le niveau de maîtrise du cadre normatif sous l'angle des résultats.

La troisième section porte sur l'évaluation des processus organisationnels. Un tableau synoptique permet de visualiser l'ensemble des cotes attribuées à chacune des qualités normatives ainsi que le niveau de maîtrise des différents processus organisationnels évalués. Suivent les observations et les analyses qui sont à la base des jugements portés par l'équipe visiteuse sur la conformité de l'établissement aux qualités normatives, pour chacun des processus organisationnels évalués. Ces observations ne sont pas exhaustives : elles servent à présenter à l'établissement des éléments qui ont retenu l'attention de l'équipe visiteuse et qui lui ont permis de valider l'autoévaluation de l'établissement.

La quatrième section présente l'évaluation de la capacité d'amélioration et les observations appuyant le jugement de l'équipe visiteuse.

## SECTION 1

# Évaluation globale

Cette section du rapport présente les principales forces et les principaux défis de l'établissement ainsi que la recommandation du comité d'évaluation. Deux tableaux suivent : le premier permet de visualiser le niveau de maîtrise des trois angles d'évaluation : les résultats, les processus organisationnels et la capacité d'amélioration; le second présente le niveau de maîtrise des différents éléments compris dans ces trois secteurs.

### **Synthèse des principales forces et des principaux défis de l'établissement**

Les principales forces sur lesquelles l'établissement peut compter pour poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité ainsi que les principaux défis auxquels il devra prêter une attention particulière sont les suivants.

#### **Les principales forces**

- Un établissement bien implanté dans son milieu et qui a une bonne notoriété.
- Un personnel dédié et ayant un fort sentiment d'appartenance au milieu.
- L'engagement du comité exécutif des infirmières et des infirmiers.
- De façon générale, la qualité de la relation entre le personnel et le gestionnaire de 1<sup>er</sup> niveau.

#### **Les principaux défis**

- Mettre en place des outils et des mécanismes pour connaître les besoins et les attentes de la population et des usagers et conséquemment poursuivre l'élaboration du projet clinique.
- Mettre en place le réseau local de services et consolider le partenariat.
- Réaliser la transformation dans un contexte où la mobilisation du personnel n'est pas optimale.
- Intégrer les divers plans d'action en cours et se doter d'indicateurs qui permettront d'en assurer le suivi de la mise en œuvre.
- Soutenir les cadres dans leur rôle d'agent de transformation dans un contexte où une forte pression se fait sentir sur la demande de services alors que les ressources sont limitées.

## Décision

CONSIDÉRANT que l'établissement atteint le niveau de maîtrise des standards reliés aux résultats concernant la satisfaction de la clientèle et le climat organisationnel,

CONSIDÉRANT que l'établissement maîtrise 79 % des processus,

CONSIDÉRANT que l'établissement démontre sa capacité d'amélioration en regard des six qualités normatives prescrites,

CONSIDÉRANT la réalisation, telle que prescrite, des étapes de la démarche d'agrément, soit, premièrement, l'autoévaluation par l'établissement, deuxièmement, la validation des résultats de cette autoévaluation par une équipe d'évaluateurs externes et, troisièmement, l'analyse du rapport de ces évaluateurs externes par le comité d'évaluation du Conseil québécois d'agrément,

CONSIDÉRANT la prise en compte et la validation des commentaires écrits de l'établissement relativement au contenu du rapport du comité d'évaluation,

**le Conseil québécois d'agrément octroie au**

**Centre de santé et de services sociaux  
de La Matapédia**

**un agrément pour une durée de trois ans et recommande  
à l'établissement**

### **Au regard des valeurs poursuivies auprès de la clientèle**

- prendre les moyens afin que le personnel intègre et applique les valeurs de l'établissement à l'égard de la clientèle, lesquelles doivent être définies en se basant sur les attentes de la clientèle.

### **Au regard de la satisfaction de la clientèle**

- prendre les mesures afin d'informer tous les usagers, ambulants, hébergés ou hospitalisés, et ce, dans toutes les installations, de ses droits, de ses responsabilités et des procédures à suivre pour soumettre ses insatisfactions ou ses plaintes et rendre disponible un dépliant approprié à toute la clientèle;

- s'assurer du fonctionnement adéquat et fournir le soutien nécessaire tant au comité des usagers qu'au comité des résidents afin qu'ils remplissent les fonctions dévolues par la loi;
- informer la clientèle, le comité des usagers et le personnel des résultats des sondages effectués par le Conseil québécois d'agrément dans le cadre de la présente démarche au regard de la satisfaction de la clientèle.

### **Au regard de l'offre de service**

- mettre en œuvre à court terme des moyens concrets permettant d'informer la population et le personnel de l'offre de service de l'établissement.

### **Concernant l'encadrement et la supervision clinique des équipes d'intervenants cliniques**

- revoir ses pratiques de gestion et se doter de modes de fonctionnement formels, structurés et réguliers en ce qui a trait à l'encadrement du personnel clinique;
- prendre les mesures afin de mettre en place et de rendre opérationnel le comité exécutif du conseil multidisciplinaire afin que celui-ci accomplisse les responsabilités qui lui sont dévolues;
- prendre les mesures afin que le conseil des infirmières et infirmiers institue un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires et que ce dernier assume ses fonctions;
- développer et mettre en place là où requis, les cadres de références cliniques de même que les outils de travail s'y rattachant;
- actualiser des mécanismes formels de supervision professionnelle, en s'assurant qu'ils répondent aux besoins des intervenants.

### **Au regard de la planification des interventions**

- entériner un règlement portant sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention et des plans de services individualisés;
- s'assurer que chaque client qui le nécessite ait un plan d'intervention et un plan de services individualisé, élaboré et révisé périodiquement avec le client;
- se doter d'indicateurs afin de suivre l'actualisation ainsi que de mécanismes d'évaluation de la qualité des plans d'intervention à l'intention des diverses clientèles.

### **Au regard de la gestion des protocoles d'intervention clinique**

- adopter un protocole d'application des mesures d'utilisation de la force, de l'isolement, de tout moyen mécanique ou de toute substance chimique de contrôle d'une personne; de le faire connaître et l'actualiser, et ce, d'ici le **30 juin 2008** et faire rapport écrit au Conseil québécois d'agrément.

### **Au regard de la tenue de dossier et de la circulation des renseignements personnels sur la clientèle**

- actualiser ou mettre à jour des règlements portant sur la procédure s'appliquant à la sortie temporaire d'un dossier ou d'une partie du dossier, incluant la désignation des personnes devant autoriser la sortie du dossier ou d'une partie du dossier ainsi que la procédure d'élimination de dossiers ou de partie de dossiers des usagers, conformément à la *Loi sur les archives*;
- prendre les mesures afin de s'assurer, dans une optique de continuité et de confidentialité, que le dossier du client soit disponible en totalité pour quiconque en a besoin et que les intervenants ne conservent pas le dossier ou une partie de ce dossier dans leur bureau outre le temps nécessaire au suivi clinique quotidien avec le client, et ce, d'ici le **31 décembre 2008** et faire rapport au Conseil québécois d'agrément;
- harmoniser l'ensemble des politiques encadrant la constitution et l'utilisation du dossier de l'utilisateur pour en arriver à se doter d'une politique commune sur la gestion et la tenue de dossier et tendre vers la constitution d'un dossier unique pour l'instance locale; faire connaître et appliquer cette politique, et ce, d'ici le **31 décembre 2008** et faire rapport au Conseil québécois d'agrément.

### **Au regard de la mise en place du réseau local et du partenariat**

- identifier les partenaires avec qui établir des ententes de services ou développer des liens de collaboration en fonction des besoins de la population;
- consolider le partenariat avec les différents partenaires et formaliser les ententes;
- développer les mécanismes de référence et de suivi pour assurer la continuité des services offerts aux usagers;
- s'assurer que les acteurs de réseau local de services ont établi des liens de collaboration efficaces permettant la continuité des services à la population.

### **Au regard de la gestion des bénévoles**

- se doter d'une politique et de procédures afin de recruter, de former, d'encadrer, de soutenir et de reconnaître la contribution des bénévoles au sein de l'établissement.

### **Au regard de la gestion des ressources humaines**

- se doter, avec la participation de ses employés et des syndicats, d'un plan d'action triennal pour le développement du personnel contenant des mesures relatives à la motivation des employés, leur valorisation, leur mobilité, la préparation de la relève et l'orientation de carrière; de communiquer ce plan à tout le personnel et de le réviser régulièrement;
- mettre en place des mécanismes formels et réguliers afin de connaître les attentes des employés;

- se doter d'une philosophie de gestion tenant compte des orientations du CSSS et des attentes des employés;
- informer le personnel des résultats des sondages du Conseil québécois d'agrément au regard de la mobilisation des ressources humaines ainsi que des plans d'action élaborés conséquemment;
- se doter, avec la participation des employés et des syndicats, d'un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre, notamment en soins infirmiers;
- se doter d'un plan de communication afin d'améliorer sensiblement la communication interne;
- déployer des mesures afin d'encadrer et de soutenir les gestionnaires ainsi que les employés de soutien;
- mettre en place un processus d'évaluation de la contribution du personnel.

### **Au regard de la gestion des ressources matérielles**

- se doter d'un plan des mesures d'urgence, de le diffuser et être en mesure d'agir adéquatement en cas de sinistre interne ou externe, et ce, d'ici le **30 juin 2008** et faire rapport au Conseil québécois d'agrément;
- mettre une emphase sur le renouvellement de l'équipement en usage auprès de la clientèle hospitalisée et porter une attention particulière aux problèmes d'exiguïté et de salubrité au point de services de Sayabec.

## Niveau de maîtrise des trois angles d'évaluation du cadre normatif

Le *Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia* maîtrise les trois angles d'évaluation : les résultats, les processus organisationnels et la capacité d'amélioration. L'évaluation des différents éléments compris dans chacun des angles d'évaluation est présentée dans le tableau synoptique à la page suivante.

Angles d'évaluation		
Angles d'analyse	Niveau de maîtrise	
	Maîtrisé	Non maîtrisé
Résultats	X	
Processus	X	
Capacité d'amélioration	X	

Pour être agréé, un établissement doit répondre à ces règles de certification :

### Sous l'angle des résultats

L'établissement doit de façon minimale obtenir des résultats satisfaisants dans les deux secteurs : satisfaction de la clientèle et climat organisationnel. L'établissement maîtrise un secteur en autant que 70 %<sup>1</sup> des résultats soient comparables ou supérieurs à ceux du groupe de référence.

### Sous l'angle des processus

L'établissement doit bien ou très bien maîtriser 75 % des processus applicables. Un processus est maîtrisé en autant que l'établissement satisfait moyennement ou complètement trois des quatre qualités normatives utilisées pour évaluer la qualité du processus. Advenant que la qualité normative reliée à la légalité ne s'applique pas, soit qu'il n'y ait pas d'obligations légales reliées au processus ou que les obligations légales identifiées ne soient pas pertinentes pour l'établissement, elle est considérée comme atteinte aux fins du calcul du nombre de qualités normatives satisfaites.

### Sous l'angle de la capacité d'amélioration

L'établissement doit démontrer qu'il satisfait moyennement ou complètement les six qualités normatives.

<sup>1</sup> Il est à noter que le pourcentage réel correspond plus précisément à 67 %.

## Tableau synoptique de l'évaluation du cadre normatif

Angle des résultats	Niveau de maîtrise		
	Très bien maîtrisé	Maîtrisé	Non maîtrisé
- Satisfaction de la clientèle		X	
- Climat organisationnel		X	
<b>Angle des processus</b>			
N° 1 : Déterminer les valeurs poursuivies auprès de la clientèle		X	
N° 2 : Gérer les insatisfactions et les plaintes de la clientèle		X	
N° 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle			X
N° 4 : Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir		X	
N° 5 : Informer la clientèle et la communauté sur l'offre de service de l'établissement		X	
N° 6 : Encadrer le travail des équipes d'intervenants		X	
N° 7 : Superviser les intervenants			X
N° 8 : Accueillir les demandes de services		X	
N° 9 : Planifier les interventions et dispenser les services		X	
N° 10 : Gérer l'utilisation des ressources intermédiaires et des ressources de type familial		X	
N° 11 : Gérer les listes d'attente		X	
N° 12 : Gérer l'utilisation des protocoles d'intervention clinique		X	
N° 13 : Gérer les situations à risque		X	
N° 14 : Gérer la circulation des renseignements personnels sur la clientèle			X
N° 15 : Gérer les activités de recherche et d'enseignement		X	
N° 16 : Établir des liens de collaboration avec les partenaires		X	
N° 17 : Gérer les ressources bénévoles		X	
N° 18 : Déterminer les attentes et les engagements de l'établissement à l'égard des ressources humaines			X
N° 19 : Gérer les ressources humaines		X	
N° 20 : Évaluer la contribution du personnel			X
N° 21 : Développer les connaissances et les compétences du personnel		X	
N° 22 : Gérer les ressources financières		X	
N° 23 : Gérer les ressources matérielles		X	
N° 24 : Gérer les ressources informatiques		X	
<b>Angle de la capacité d'amélioration</b>			
- Disponibilité de l'information		X	
- Pertinence de l'analyse		X	
- Pertinence du plan d'amélioration		X	
- Réalisme du plan d'amélioration		X	
- Capacité d'adaptation		X	
- Capacité de mise en œuvre		X	

## SECTION 2

# Les résultats

Le *Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia* démontre qu'il rencontre les exigences du cadre normatif sous l'angle des résultats.

### La satisfaction de la clientèle

Les résultats obtenus par le *Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia* au sondage, réalisé auprès de la clientèle qu'il dessert, démontrent qu'il maîtrise ce secteur et qu'il répond aux standards reliés à chacun des indicateurs servant à mesurer leur degré de satisfaction, comme le confirme le tableau qui suit

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle **externe** du  
*Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia*  
et celui observé dans les autres établissements de même mission et résultats pour chacune des finalités « clientèle »

Indicateur de la satisfaction de la clientèle	Résultat %	Limites du résultat		Limites du comparatif		Cote
		Inférieure	Supérieure	Inférieure	Supérieure	
<b>Relation avec le client</b>	88,12	86,69	89,56	87,88	91,56	2
- Respect	89,14					
- Confidentialité	87,68					
- Empathie	87,48					
<b>Prestation professionnelle</b>	85,15	83,65	86,66	83,56	87,96	2
- Fiabilité	85,58					
- Responsabilisation	83,55					
- Apaisement	87,14					
- Solidarisation	83,47					
<b>Organisation des services</b>	81,12	79,59	82,65	81,28	85,50	2
- Simplicité	80,01					
- Continuité	79,03					
- Accessibilité	88,31					
- Rapidité	69,36					
- Confort	87,77					

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle **hébergée**  
du Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia  
et celui observé dans les autres établissements de même mission

Indicateur de la satisfaction de la clientèle	Résultat %	Limites du résultat		Limites du comparatif		Cote
		Inférieure	Supérieure	Inférieure	Supérieure	
Relation avec le client	80,49	77,14	83,83	77,70	83,88	2
Prestation professionnelle	80,44	74,62	81,57	75,12	82,22	2
Organisation des services	78,89	75,13	81,74	73,99	83,61	2

### Résultats du Pavillon Blouin<sup>2</sup>

Indicateurs et finalités « clientèle »	Résidents		Proches		Personnel		Évaluateur externe Moyenne	Résultat global Moyenne
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type		
<b>Relation avec le client</b>	<b>81,17</b>	<b>21,95</b>	<b>89,12</b>	<b>12,94</b>	<b>83,77</b>	<b>13,72</b>		<b>84,69</b>
Respect	81,63	21,34	91,65	11,08	86,06	10,75	66,67	81,50
Confidentialité	83,00	19,63	93,08	14,37	82,50	17,20		86,19
Empathie	78,88	25,31	80,71	19,50	82,75	17,06		80,78
<b>Prestation professionnelle</b>	<b>80,93</b>	<b>17,92</b>	<b>82,61</b>	<b>21,32</b>	<b>87,15</b>	<b>10,16</b>		<b>83,56</b>
Fiabilité	76,83	15,75	86,56	19,76	82,00	8,12		81,80
Responsabilisation	83,22	19,63	80,67	24,63	85,50	16,06		83,06
Apaisement	80,88	17,52	80,78	22,04	91,75	7,78	76,25	82,41
Solidarisation	83,00	19,63	83,44	24,32	89,33	10,46		85,26
<b>Organisation des services</b>	<b>77,97</b>	<b>16,75</b>	<b>91,13</b>	<b>11,34</b>	<b>85,32</b>	<b>9,24</b>		<b>84,81</b>
Simplicité	79,65	19,95	90,40	15,21	85,90	10,13	60,00	78,99
Continuité	70,50	21,06	91,46	13,22	76,50	19,90		79,49
Accessibilité	83,00	19,63	96,67	5,16	88,13	9,58	81,20	87,25
Rapidité	75,49	20,53	87,73	15,84	90,00	5,05		84,41
Confort	81,23	19,81	89,40	11,64	86,05	8,76	72,65	82,33

<sup>2</sup> Bien que le Pavillon Blouin ait été fermé en juillet 2007, les résultats sont considérés pour établir le seuil de réussite de la norme d'agrément liée aux sondages puisque l'évaluation de la satisfaction de la clientèle hébergée a eu lieu à l'automne 2006.

## Résultats de la Résidence Marie-Anne Ouellet

Indicateurs et finalités « clientèle »	Résidents		Proches		Personnel		Évaluateur externe	Résultat global
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Moyenne
<b>Relation avec le client</b>	<b>81,78</b>	<b>16,10</b>	<b>74,29</b>	<b>24,87</b>	<b>81,84</b>	<b>12,11</b>		<b>79,30</b>
Respect	84,28	14,20	75,79	24,67	85,03	10,37	87,50	83,15
Confidentialité	76,30	22,74	75,47	30,35	82,50	15,72		78,09
Empathie	84,75	20,26	72,19	25,60	78,30	17,99		78,42
<b>Prestation professionnelle</b>	<b>85,09</b>	<b>15,02</b>	<b>72,47</b>	<b>24,88</b>	<b>81,19</b>	<b>11,92</b>		<b>79,58</b>
Fiabilité	82,76	17,25	74,36	26,14	77,07	12,33		78,06
Responsabilisation	89,80	16,42	70,55	30,70	77,04	16,25		79,13
Apaisement	79,72	16,86	71,70	27,86	87,41	10,18	76,25	78,77
Solidarisation	88,10	16,13	74,04	25,66	83,46	14,88		81,86
<b>Organisation des services</b>	<b>79,46</b>	<b>17,84</b>	<b>73,72</b>	<b>24,35</b>	<b>78,28</b>	<b>11,36</b>		<b>77,16</b>
Simplicité	79,98	20,04	72,97	24,68	78,09	14,18	81,50	78,14
Continuité	77,95	17,92	73,77	24,57	75,26	21,85		75,66
Accessibilité	86,40	17,56	73,33	37,53	88,61	10,45	84,29	83,16
Rapidité	74,63	23,15	72,79	24,41	69,05	14,04		72,16
Confort	78,35	18,80	75,17	24,55	80,39	10,06	77,35	77,82

## Le degré de mobilisation du personnel

Les résultats obtenus par le *Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia* au sondage réalisé auprès des employés démontrent qu'il maîtrise ce secteur et répond aux standards pour quatre des six indicateurs servant à mesurer leur degré de mobilisation.

Comparaison entre le degré de mobilisation du personnel du  
*Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia*  
et celui observé dans les autres établissements ayant réalisé le sondage

Indicateur mesurant le degré de mobilisation du personnel	Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif		Cote
	%	Inférieure	Supérieure	%	Inférieure	Supérieure	
Réalisation	74,76	72,51	77,01	73,65	70,77	76,75	2
Implication	68,35	65,85	70,85	73,09	70,47	76,01	2
Collaboration	64,18	61,55	66,81	68,78	65,71	72,03	2
Soutien	61,46	58,71	64,21	64,80	61,37	68,25	2
Communication	54,83	51,96	57,69	63,09	58,62	67,66	1
Leadership	55,37	52,20	58,53	65,03	60,02	70,48	1

## SECTION 3

# Les processus organisationnels

## Tableau synoptique de l'évaluation des processus

Processus organisationnels	Qualités normatives reliées aux processus				Niveau de maîtrise
	Formalisation	Légalité	Actualisation	Pertinence	
N° 1 : Déterminer les valeurs poursuivies auprès de la clientèle	3	3	1	2	M
N° 2 : Gérer les insatisfactions et les plaintes de la clientèle	3	3	2	2	M
N° 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle	1	1	1	1	NM
N° 4 : Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir	2	3	2	2	M
N° 5 : Informer la clientèle et la communauté sur l'offre de service de l'établissement					
N° 6 : Encadrer le travail des équipes d'intervenants	2	S/O	2	1	M
N° 7 : Superviser les intervenants	1	2	2	1	NM
N° 8 : Accueillir les demandes de services	2	3	2	2	M
N° 9 : Planifier les interventions et dispenser les services	2	2	2	2	M
N° 10 : Gérer l'utilisation des ressources intermédiaires et des ressources de type familial	2	2	3	2	M
N° 11 : Gérer les listes d'attente	2	S/O	2	2	M
N° 12 : Gérer l'utilisation des protocoles d'intervention clinique	2	2	3	2	M
N° 13 : Gérer les situations à risque	3	3	2	2	M
N° 14 : Gérer la circulation des renseignements personnels sur la clientèle	1	2	2	1	NM
N° 15 : Gérer les activités de recherche et d'enseignement	3	3	2	2	M
N° 16 : Établir des liens de collaboration avec les partenaires	2	3	2	1	M
N° 17 : Gérer les ressources bénévoles	2	S/O	2	1	M
N° 18 : Déterminer les attentes et les engagements de l'établissement à l'égard des ressources humaines	1	2	1	1	NM
N° 19 : Gérer les ressources humaines	2	3	2	1	M
N° 20 : Évaluer la contribution du personnel	2	1	1	1	NM
N° 21 : Développer les connaissances et les compétences du personnel	2	3	2	2	M
N° 22 : Gérer les ressources financières	3	3	2	3	M
N° 23 : Gérer les ressources matérielles	2	2	2	1	M
N° 24 : Gérer les ressources informatiques	2	S/O	2	2	M

**Formalisation :** présenté dans un document officiel

**Légalité :** conforme aux exigences légales et réglementaires

**Actualisation :** connu et mis en application par le personnel

**Pertinence :** complet et approprié à l'utilisation que l'établissement veut en faire

Satisfaction de la qualité normative sous l'angle des processus	Cote	Niveau de maîtrise d'un processus	Signification
Qualité peu ou aucunement satisfaite	1	Non maîtrisé (NM)	Plus d'une qualité normative est peu ou aucunement satisfaite
Qualité moyennement satisfaite	2	Maîtrisé (M)	75 % des qualités sont complètement ou moyennement satisfaites
Qualité très ou complètement satisfaite	3	Très bien maîtrisé (TBM)	Toutes les qualités sont très ou complètement satisfaites

## SECTION 4

# La capacité d'amélioration

Le Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia maîtrise les six qualités normatives sous l'angle de la capacité d'amélioration.

**Tableau synoptique de l'évaluation des qualités normatives**

Qualité normative	Cote	Niveau de maîtrise
Disponibilité de l'information	2	Capacité d'amélioration maîtrisée
Pertinence de l'analyse	2	
Pertinence du plan d'amélioration	2	
Réalisme du plan d'amélioration	2	
Capacité d'adaptation	2	
Capacité de mise en œuvre	2	

Disponibilité de l'information :	l'établissement 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'établissement a démontré qu'il sait s'adapter aux circonstances, convertir une contrainte en opportunité.
Capacité de mise en œuvre :	l'établissement est capable de passer à l'action.

Satisfaction de la qualité normative sous l'angle de la capacité d'amélioration	Cote
Qualité normative peu ou aucunement satisfaite	1
Qualité normative moyennement satisfaite	2
Qualité normative très ou complètement satisfaite	3