



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Chibougamau, QC

Séquence 2

Dates de la visite d'agrément : 22 au 27 septembre 2019

Date de production du rapport : 30 octobre 2019

Au sujet du rapport

Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en septembre 2019. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport de visite.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada encourage l'organisme à divulguer le contenu de son rapport de visite au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

Toute modification du présent rapport compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	13
Commentaires de l'organisme	16
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	17
Résultats détaillés de la visite	19
Résultats pour les manuels d'évaluation	20
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services	20
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	23
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté	26
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté	28
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services	31
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)	34
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques	37
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits)	39
Annexe A - Programme Qmentum	42

Sommaire

Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 22 au 27 septembre 2019**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les emplacements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. Centre de santé de Chibougamau, à Chibougamau
2. Centre de santé Isle-Dieu, à Matagami
3. Centre de santé Lebel, à Lebel-sur-Quévillon
4. Centre de santé René-Ricard, à Chapais









- **Manuels d'évaluation**

Les manuels d'évaluation suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

1. Jeunesse
2. Santé mentale et dépendances

Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des manuels d'évaluation est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	21	2	0	23
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	75	0	0	75
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	139	22	56	217
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	18	0	0	18
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	189	15	44	248
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	38	0	1	39
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	181	23	24	228
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	4	0	0	4
Total	665	62	125	852

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Manuel d'évaluation(s) Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Jeunesse									
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services	33 (84,6%)	6 (15,4%)	1	43 (89,6%)	5 (10,4%)	0	76 (87,4%)	11 (12,6%)	1
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	55 (96,5%)	2 (3,5%)	0	46 (97,9%)	1 (2,1%)	7	101 (97,1%)	3 (2,9%)	7
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté	28 (90,3%)	3 (9,7%)	21	48 (94,1%)	3 (5,9%)	11	76 (92,7%)	6 (7,3%)	32

Manuel d'évaluation(s) Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté	22 (95,7%)	1 (4,3%)	10	55 (96,5%)	2 (3,5%)	8	77 (96,3%)	3 (3,8%)	18
Total	138 (92,0%)	12 (8,0%)	32	192 (94,6%)	11 (5,4%)	26	330 (93,5%)	23 (6,5%)	58
Santé mentale et dépendances									
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services	31 (81,6%)	7 (18,4%)	2	42 (87,5%)	6 (12,5%)	0	73 (84,9%)	13 (15,1%)	2
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)	17 (100,0%)	0 (0,0%)	15	48 (94,1%)	3 (5,9%)	11	65 (95,6%)	3 (4,4%)	26
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques	46 (95,8%)	2 (4,2%)	0	50 (96,2%)	2 (3,8%)	6	96 (96,0%)	4 (4,0%)	6
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits)	20 (100,0%)	0 (0,0%)	14	51 (91,1%)	5 (8,9%)	11	71 (93,4%)	5 (6,6%)	25
Total	114 (92,7%)	9 (7,3%)	63	191 (92,3%)	16 (7,7%)	28	305 (92,4%)	25 (7,6%)	59
Total	252 (92,3%)	21 (7,7%)	63	383 (93,4%)	27 (6,6%)	54	635 (93,0%)	48 (7,0%)	117

* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des cotes qui ont été attribuées selon les POR pertinentes.

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Non Conforme	3 sur 7
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services)	Non Conforme	3 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Non Conforme	4 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Non Conforme	2 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Non Conforme	0 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Non Conforme	4 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	3 sur 3

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration et des défis de l'organisme.

L'établissement poursuit un travail sérieux et important dans l'optique de prolonger leur statut d'établissement agréé. Il est soucieux d'offrir à sa population des services de qualité et de sécurité adaptés aux besoins et d'offrir les références médicales appropriées lorsque requis.

La gestion de l'établissement repose sur une gestion responsable et transparente axée sur les meilleures pratiques, le développement professionnel, la performance clinique, administrative et l'équilibre financier de l'organisation.

Le plan de mobilisation et les stratégies déployées pour intégrer les principes de l'agrément au sein des équipes de travail contribuent à la démarche d'amélioration de la qualité. On peut noter un engagement marqué à tous les niveaux de l'organisation. Les équipes sont de plus en plus conscientes de la nécessité d'effectuer des analyses sur l'utilisation des ressources. Ces initiatives sont à poursuivre pour consolider la culture de la mesure.

La continuité des trajectoires de services au sein des programmes :

Les trajectoires de soins et services dans les secteurs de l'obstétrique et des soins périnataux, en santé mentale et dans les services de 1^{re} ligne sont très fluides et les corridors de services avec les spécialités sont bien établis. On dénote également une grande continuité de services avec les autres trajectoires de soins et services.

Toutes les trajectoires de soins incluent la contribution des autres partenaires de soins. Ces mécanismes de continuité sont fluides et reconnus par les partenaires.

La gestion de la qualité et des risques :

Le programme de gestion intégrée des risques se soucie des risques cliniques et des risques organisationnels. Les risques ont été identifiés, classifiés et ont fait l'objet d'une analyse des impacts. Des mesures correctives et des plans d'atténuation des risques ont été élaborés et d'autres sont en voie de réalisation.

Notons cependant le besoin d'incorporer la gestion des risques organisationnels ou administratifs, soit les risques liés à la réputation, aux infrastructures et au marché, à la gestion intégrée des risques.

L'organisation a mis en œuvre un plan de sécurité. Un plan et des processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers. Des rapports trimestriels sur la sécurité sont transmis au conseil.

Les employés connaissent bien les mécanismes de déclaration des incidents/accidents et de divulgation. Tous les événements répertoriés font l'objet d'une analyse, d'un plan d'action et d'un suivi des recommandations.

L'établissement est encouragé à développer l'approche prospective afin de comprendre les causes et les résultats et mettre en place les actions d'amélioration requises afin d'atténuer ou éliminer les risques.

Enfin, nous recommandons que soit mis en place un système de gestion des alertes et des rappels pour assurer la coordination et le suivi.

Le partenariat établi avec les patients et les familles :

Le projet d'implantation de l'approche patient/partenaire au sein de l'organisation a fait l'objet d'une analyse et d'une réflexion soigneusement travaillée et s'inscrit dans les pratiques cliniques transversales du Centre régional de santé et de services sociaux (CRSSS). L'établissement compte déjà de nombreux projets élaborés avec la participation de l'usager et/ou ses proches à des niveaux divers de participation.

L'objectif de l'établissement est d'entreprendre 3 ou 4 projets avec les partenaires au cours de la prochaine année. Les trajectoires de soins en santé mentale et en jeunesse, de même que la révision du programme des AVC est inscrite en priorité

Par ailleurs, de nombreux partenariats sont établis avec les organismes communautaires et les établissements de santé en complément de l'offre de service de l'établissement pour assurer l'accès aux services tout au long du continuum des soins. Tous les partenaires qui ont été contactés nous ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard de la collaboration et des relations d'affaires et nous ont fait part de la bienveillance et de la compétence des intervenants.

L'établissement doit cependant porter attention à structurer son réseau de relations informelles et élaborer des stratégies de communication avec les partenaires gouvernementaux pour assurer une plus grande réponse aux demandes de support exprimé par l'organisation.

Le taux de conformité aux pratiques organisationnelles requises

Trente-deux (32) pratiques organisationnelles ont été évaluées. Sept (7) des pratiques organisationnelles sont non conformes en partie ou en totalité.

- Bilan comparatif des médicaments (BCM)
- Médicaments d'alerte élevée
- Conformité aux pratiques d'hygiène des mains
- Mécanisme de déclaration des événements indésirables
- Prévention du suicide
- Stratégies de prévention des chutes
- Transfert de l'information aux points de transition des soins

Nous notons beaucoup d'efforts déployés pour se conformer aux pratiques organisationnelles requises. Nous invitons l'établissement à poursuivre les travaux pour atteindre les objectifs des prochaines visites d'agrément Canada.

Autres constats :

Les équipes ont à leur actif plusieurs réalisations qui vont au-delà des résultats attendus et sont dignes de mention. Parmi celles-ci, notons :

- Le projet pilote d'un agent de liaison avec la communauté Cris.
- La qualité de la collaboration établie avec les officines privées

Finalement, le CRSSS de la Baie-James fait également face à certains défis :

- L'accessibilité aux services régionaux
- L'informatisation du dossier-patient
- La complexité des besoins de la clientèle et l'émergence de nouvelles problématiques de santé
- L'accès aux talents et l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre.

Commentaires de l'organisme

Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.

Outre les commentaires mentionnés pour la séquence 1, voici quelques observations spécifiquement sur la séquence 2.

Durant la semaine, plusieurs problèmes informatiques sont survenus ce qui peut avoir eu pour effet, d'avoir créer certaines omissions. Par exemple, dans la norme jeunesse, il appert que trois POR semblent non conformes alors que plusieurs preuves ont été documentés à la fois, dans le portail d'Agrément Canada (visite 2014), ainsi que plusieurs autres documents internes dans nos portails internes.

Comme trois des six POR non-conformes touchent un même visiteur, nous questionnons le processus d'accès aux preuves ou d'accès au système informatique pour consigner les éléments de conformité. Nous voulons donc porter à votre attention, que plusieurs preuves ne semblent pas avoir été tenues en compte, il s'agit particulièrement de la périnatalité-obstétrique (chapitre 2 Norme Jeunesse) en lien avec la prévention du suicide, le bilan comparatif des médicaments et la prévention des chutes. Nos auto-évaluations permettaient de voir l'évolution des preuves et notre degré de conformité.

Nous espérons que ces renseignements seront tenus en compte puisque les équipes ont travaillé en amélioration continue dans ces volets depuis la dernière visite de 2014.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et le chapitre du manuel d'évaluation dans lequel il se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
Mécanisme de déclaration des événements indésirables Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.	<ul style="list-style-type: none"> Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services 1.6.1 Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services 1.6.1
But en matière de sécurité des patients : Communication	
Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	<ul style="list-style-type: none"> Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté 6.1.70 Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté 4.1.88 Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits) 2.1.60 Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits) 5.1.66 Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques 3.1.67

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel d'évaluation
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</p> <p>Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagères et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique 2.1.73
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains</p> <p>La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté 4.2.1 Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté 6.2.1 Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits) 5.2.1 Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits) 2.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes</p> <p>Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique 2.1.30
<p>Prévention du suicide</p> <p>Les usagères sont évaluées et suivies pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique 2.1.87

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, expliquent ce qui justifie la cote attribuée et émettent des commentaires pour chaque chapitre.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux chapitres. Les explications qui justifient la cote de non-conformité attribuée à certains critères se trouvent en ligne dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement de l'organisme.

INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE LA PRÉSENTE SECTION : Les tableaux font état de tous les critères non respectés de chaque ensemble de normes, indiquent les critères à priorité élevée (qui comprennent des POR) et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.

Les symboles suivants accompagnent les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR :



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 : Excellence des services	
1.1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.1.2 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.1.8 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.22 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
1.4.10 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!

1.5.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.15	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.6.1	Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.	POR
1.6.1.1	Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.	
1.6.1.2	L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.	
1.6.1.6	L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées suite aux analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.	
1.6.1.7	L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles. - recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place. - assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité. - examiner si les améliorations sont mises en oeuvre et maintenues. - déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements.	
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 1 : Excellence des services		

Les équipes du continuum jeunesse excellent à plusieurs niveaux dans l'atteinte de leurs normes de qualité. Il reste à consolider plusieurs des critères avec l'apport d'usagers partenaires dans la conception des processus. Les équipes sont à l'écoute des demandes de l'utilisateur et n'hésitent pas à ajuster leur offre de services pour accommoder la clientèle. Plusieurs sondages permettent de récolter l'opinion de la

clientèle et, à la lumière des résultats obtenus, la satisfaction des usagers est au rendez-vous. L'apport des usagers partenaires permettra d'aller plus en profondeur pour modeler l'offre de soins et services aux besoins de la clientèle. L'établissement est encouragé dans ce sens à poursuivre les travaux entamés.



Les équipes de première ligne ont élaboré des partenariats solides avec les organismes communautaires et les centres de la petite enfance qui contribuent à intervenir précocement et à atteindre les objectifs du plan d'intervention. Le projet Agir Tôt, qui sera déployé sous peu, viendra possiblement renforcer les équipes qui souffrent actuellement du manque de main-d'œuvre. Les intervenants compensent cette lacune en étant très agiles et versatiles sur le terrain. La structure des comités de gestion entre les écoles et les équipes jeunesse (MSSS_MELS) a été nommée comme une pratique efficace pour assurer la fluidité des services. Les mesures et interventions mises en place par les équipes contribuent à éviter les signalements et maintenir le jeune dans son milieu de vie, ce qui ajoute cependant un stress sur les équipes qui doivent maintenir les services dans un contexte de complexité.

Les équipes souhaitent utiliser des indicateurs de performance et de qualité pour mieux évaluer leurs services et établir les priorités d'action. Nous invitons l'établissement à accompagner les équipes dans ce processus et faire rayonner les bons coups au sein de la communauté lors des campagnes de promotion des services.

Les équipes ont mentionné à plusieurs reprises leur appréciation du soutien du personnel d'encadrement. Les appréciations de la contribution au rendement sont faites rigoureusement dans les délais et les gestionnaires démontrent beaucoup de flexibilité pour accommoder leurs employés. Les employés ont le souci de maintenir leurs compétences à jour et les soins et services sont axés sur les meilleures pratiques.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique		
2.1.25	Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagères, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagères et des familles.	!
2.1.30	Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.	POR
2.1.30.1	Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.	
2.1.30.2	Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagères, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.	
2.1.30.3	L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
2.1.73	Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagères et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	POR
2.1.73.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usagère, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	
2.1.73.2	Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.	

2.1.73.3	Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	
2.1.73.4	L'usagère, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usagère devrait prendre après son congé.	
2.1.87	Les usagères sont évaluées et suivies pour ce qui est du risque de suicide.	
2.1.87.2	Le risque de suicide chez chaque usagère est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
2.2.9	Les membres de l'équipe, les usagères et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
2.4.1	Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique		

Le centre de santé Chibougamau réussit, malgré les grands défis d'éloignement et de pénurie, à maintenir leur offre de service en obstétrique. La fierté et le dévouement du personnel d'encadrement et des membres de l'équipe sont bien sentis et se reflètent sur les bonnes pratiques et l'atteinte des normes qui ont été observées. Les corridors de services avec les centres tertiaires sont fonctionnels et bien connus.

L'équipe a entamé des travaux et semble sur une bonne voie pour intégrer les usagers dans le développement des processus et leurs projets d'amélioration de la qualité. Toutes les usagères questionnées ont dit avoir été respectées dans leurs choix et leurs décisions.

L'équipe est encouragée à revoir sa stratégie de prévention des chutes, avec la collaboration des usagers et des familles. Il est suggéré de revoir l'outil d'évaluation utilisé pour inclure un dépistage systématique du risque de chute pour la mère et le nouveau-né et développer des stratégies pour assurer la pertinence de l'évaluation.

Les équipes ont reçu le soutien de l'équipe provinciale d'AMPRO pour améliorer plusieurs aspects reliés à la sécurité des clientes et l'amélioration des pratiques. Les équipes sont fières de leurs accomplissements et des activités qui découlent de ce programme. Il serait souhaitable de poursuivre la collaboration afin de préserver les acquis et les initiatives en place. Le partenariat médical est bien établi et les équipes peuvent compter sur leur soutien, autant pour les urgences que pour les activités d'amélioration de la qualité.

La pénurie de personnel et le recrutement restent les enjeux majeurs du secteur d'obstétrique. Non seulement pour maintenir l'offre de service, mais aussi pour assurer le maintien des compétences et la possibilité de formation continue. L'équipe a réussi malgré les embûches à maintenir l'offre de service et leurs compétences à jour. L'optimisation des formations à l'interne donne un message positif et mobilise le personnel.

Très belle collaboration avec les équipes de périnatalité et la GMF pour soutenir les parents durant toute la trajectoire.

Des mesures sont mises en place pour encourager et maintenir l'allaitement. Il est suggéré de poursuivre les travaux débutés en salle d'opération pour encourager le contact peau à peau et de continuer les travaux sur l'implantation des dix conditions pour toute la clientèle aux différents points de services.

L'équipe est encouragée à développer et choisir des indicateurs, avec la contribution des usagers et des familles, et à utiliser les stations visuelles pour en assurer le suivi.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 : Services pour jeunes en difficulté	
4.1.5 La politique sur la violence en milieu de travail encourage les membres de l'équipe à faire part de leurs préoccupations en matière de sécurité et l'organisme donne suite à ces préoccupations.	!
4.1.37 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
4.1.49 Un plan de sécurité pour l'enfant ou le jeune est mis au point et suivi s'il y a des préoccupations en matière de sécurité.	!
4.1.54 Un processus pour informer les usagers et leur famille au sujet de leurs droits lorsqu'ils doivent obtenir des services offerts par le système judiciaire est établi.	
4.1.73 L'organisme fait équipe avec les jeunes plus âgés qui reçoivent des services dans leur transition tout en favorisant leur autonomie.	!
4.1.80 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
4.1.88 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
4.1.88.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> -utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; -demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; -évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	

- 4.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.
- 4.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:
- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
 - mesurer l'utilisation d'un produit;
 - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
 - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 4.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 4.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 : Services pour jeunes en difficulté

Très belle collaboration entre les intervenants des différentes équipes, ceux-ci démontrent beaucoup d'agilité afin de répondre aux besoins de la clientèle et d'assurer la prise en charge le plus rapidement possible. Le souci du bien-être du client est au cœur des préoccupations des membres de l'équipe.

Les efforts pour maintenir la confidentialité, malgré les enjeux d'espace ou de promiscuité connue en petite région, sont observés tout le long du continuum.

La pénurie de personnel est un enjeu important pour le maintien des services. Malgré les difficultés, le personnel s'assure de maintenir à jour ses connaissances et est particulièrement reconnaissant du soutien de ses gestionnaires. Pour faciliter le travail de ces intervenants et améliorer l'accès au dossier client lors d'une transition de services, l'établissement est encouragé à analyser les options possibles pour implanter des outils de documentation informatisés et la poursuite du déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ).

L'équipe est encouragée à poursuivre leurs efforts de rayonnement dans leur communauté et de déployer un plan de communication qui ferait connaître les services et les activités à la population.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté	
6.1.46 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
6.1.56 Les protocoles de traitement sont suivis systématiquement pour offrir la même qualité de soins à tous les usagers dans tous les milieux.	!
6.1.67 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
<p>6.1.70 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>6.1.70.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> -utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; -demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; -évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	POR
6.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	POR

6.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
- mesurer l'utilisation d'un produit;
- inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
- évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

6.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

6.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté

Très belle collaboration entre les intervenants des différentes équipes; ceux-ci démontrent beaucoup de flexibilité et de versatilité afin de répondre aux besoins de la clientèle et d'assurer la prise en charge le plus rapidement possible. Le souci du bien-être du client est au cœur des préoccupations des membres de l'équipe.

L'établissement est encouragé à poursuivre leurs travaux pour impliquer les jeunes et leurs familles dans le développement des processus. Des initiatives ont débuté à cet effet pour le développement du plan d'action de santé mentale adulte, l'expérience pourra possiblement bénéficier à l'implantation de ce projet.

La pénurie de personnel est un enjeu important pour le maintien des services. Malgré les difficultés, le personnel s'assure de maintenir à jour ses connaissances et est particulièrement reconnaissant du soutien de leurs gestionnaires.

L'équipe est encouragée à poursuivre leurs travaux pour le suivi d'indicateurs qui permettront de mieux cerner les problématiques et d'être proactifs pour la planification des services.

Les formations et le soutien aux partenaires sont axés sur les besoins actuels de la population et l'offre de services est offerte en proximité. Dans cette perspective, l'équipe est encouragée à poursuivre le projet de groupe Anxiété Ado et d'y inclure des indicateurs de suivi afin de démontrer l'impact du projet sur la communauté.

L'équipe a réussi à établir des corridors de service fluides pour les services spécialisés, et ce malgré l'éloignement et la pénurie de spécialistes.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 : Excellence des services	
1.1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.1.2 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.1.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.22 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
1.4.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
1.4.10 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!

1.5.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.15	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.6.1	Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.	POR
1.6.1.1	Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.	
1.6.1.2	L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.	
1.6.1.6	L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées suite aux analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.	
1.6.1.7	L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles.	
	Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place.	
	Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité.	
	Examiner si les améliorations sont mises en oeuvre et maintenues.	
	Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 : Excellence des services

Il y a une grande fluidité entre les programmes de santé mentale et de dépendance. Nous constatons un excellent climat de travail où le personnel reçoit le soutien de la directrice des services sociaux, des gestionnaires, des spécialistes en activités cliniques et des agents de planification de programmation et de recherche. Le défi demeure le maintien de la compétence des intervenants qui doivent démontrer une grande agilité dans l'offre de service. Les pratiques cliniques sont basées sur des données probantes, les sondages et les commentaires des partenaires. Il y a un souci d'améliorer constamment les pratiques afin de mieux desservir les usagers. Le personnel sent la cohésion entre la vision de la direction et ce qui se passe sur le terrain.

La sécurité est un élément important pour les gestionnaires et les intervenants. Plusieurs formations au niveau du plan de formation sont offertes au personnel comme notamment sur les codes blancs et la pacification et il y a une grande ouverture pour les formations plus spécialisées pour certains intervenants. Nous avons noté une grande préoccupation concernant la sécurité par disposition des bureaux des intervenants pour recevoir les usagers.

Nous notons que les gestionnaires démontrent une grande écoute à l'égard de leur personnel pour s'assurer de leur bien-être par notamment des actions comme une gestion de proximité, un aménagement de l'horaire et le programme d'aide aux employés.



Des évaluations sur le rendement du personnel sont faites une fois par année et les intervenants voient cette rencontre comme un moment pour échanger avec leur gestionnaire. Cette rencontre est un moment pour faire le point sur leur pratique.

Il y a un souci de bien faire des transferts personnalisés dans la communauté. L'information est consignée au dossier. Nous suggérons à l'établissement de mettre en place un processus systématique comme notamment des procédures et des outils pour s'assurer d'avoir une rétroaction sur le transfert et d'en évaluer l'efficacité.

Plusieurs gestionnaires ou professionnels ne savent pas clairement ce que les communautés crie offrent comme service pour leurs usagers. Un projet avec une intervenante autochtone a été mis en place comme agent de liaison avec la communauté cri comme projet pilote. Nous encourageons l'établissement à poursuivre ces travaux et à clarifier avec leurs partenaires, les Cris, les offres de services respectives.

Nous encourageons l'établissement à poursuivre ses travaux sur les indicateurs pour améliorer les services offerts à la population.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)	
2.1.49 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
<p>2.1.60 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>2.1.60.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>2.1.60.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>2.1.60.5 Secondaire L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	
2.1.67 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	

2.2.1.1	La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple: - faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); - mesurer l'utilisation d'un produit; - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).	
2.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
2.2.1.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	
2.2.9	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)

Pour tous les centres visités, nous avons rencontré des intervenants dédiés et agiles dans l'offre de service. Un grand souci de répondre dans les meilleurs délais aux besoins des usagers. Nous avons recueilli de bons commentaires concernant les gestionnaires de la Direction des services sociaux. Par ailleurs, bien que le recrutement représente un défi, il y a peu de roulement dans ces services. Le personnel est traité avec respect et bienveillance par les gestionnaires. Plusieurs moyens sont mis en place pour favoriser la rétention du personnel comme notamment les formations et des aménagements dans les horaires.

Dans les transitions des usagers vers d'autres services, bien que celles-ci soient personnalisées, le processus et les outils ne sont pas systématisés pour permettre à la Direction d'évaluer l'efficacité de ses transitions et d'améliorer ses pratiques. Nous encourageons la Direction à standardiser son processus et ses outils.

Centre de santé de Chibougamau

Une équipe avec un climat de travail positif et des professionnels motivés. Les forces des différents professionnels sont utilisées et reconnues pour améliorer les services.

Il n'y a pas de salle pour les employés. Nous encourageons l'établissement à fournir des locaux pour le personnel afin d'améliorer leur qualité de vie au travail.


Centre Lebel-sur-Quévillon

Les intervenants dans l'équipe de santé mentale sont composés d'une psychologue et d'une travailleuse sociale qui travaillent auprès d'adultes. Il y a un accès rapide aux services. Les intervenants reçoivent les formations adéquates et démontrent une grande flexibilité pour répondre aux besoins de la clientèle. Il y a un grand professionnalisme et sensibilisation auprès de l'ensemble des intervenants concernant la confidentialité et l'importance de l'anonymat dans une ville où plusieurs personnes se connaissent.

Centre de santé Isle-Dieu Matagami

Deux intervenants offrent des services en santé mentale adulte; une psychologue et une travailleuse sociale. Les intervenants sont sensibilisés à la possibilité de conflits d'intérêts possibles et s'assurent de transférer l'utilisateur à un autre intervenant de l'équipe. L'esprit d'entraide et de solidarité est présent et reconnu par tous. Dans le cadre de leurs pratiques, les intervenants mettent en place des stratégies pour prévenir les rechutes possibles comme notamment un bilan et des relances.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 : Services d'urgences psychiatriques	
3.1.42 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.1.57 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
3.1.67 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. <ul style="list-style-type: none"> 3.1.67.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement: admission, transfert des soins, transfert et congé. 3.1.67.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 3.1.67.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	
3.1.70 Des guides de pratique clinique sont utilisés pour déterminer si un usager peut être transféré à un autre niveau de soins.	!
3.1.77 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	


Commentaires des visiteurs


Chapitre 3 : Services d'urgences psychiatriques

L'hôpital de Chibougamau a une urgence générale qui reçoit des personnes qui peuvent présenter des problèmes de santé mentale et de dépendance. L'urgence comprend 6 lits. Il n'y pas de lit attribué à la psychiatrie dans le Nord-du-Québec; lorsque la situation le requiert, des transferts sont faits dans le cadre d'entente avec des partenaires d'autres régions. Le secteur est (Chapais et Chibougamau) est desservi par le CIUSSS du Saguenay Lac-Saint-Jean (CSSS de Roberval-Domaine Roy) tandis que le secteur ouest (Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson) est desservi par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (Malartic). L'équipe des soins psychosociaux (AOR) est en soutien au personnel de l'urgence pour le personnel présentant des problèmes de santé mentale et de dépendance. L'accès aux intervenants sociaux est rapide et facilite la visite à l'urgence par les usagers. Il y a également la ligne 811 qui prend la relève à l'extérieur des heures d'ouverture. Il n'y a pas de guides pratiques qui orientent le jugement clinique en santé mentale et qui déterminent pourquoi un usager est transféré ou hospitalisé à Chibougamau. Nous recommandons de formaliser les guides pratiques. Nous suggérons également à l'établissement de regarder la possibilité d'hospitaliser à Chibougamau la clientèle en santé mentale plutôt que délocaliser les usagers dans d'autres secteurs.

Nous avons noté que les espaces étaient restreints et encombrés à l'urgence que ce soit au niveau des espaces publics que privés, comme la salle des employés. Nous suggérons une analyse des risques pour des usagers en santé mentale et en dépendance pour s'assurer de la sécurité des usagers

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 : Services de dépendances (usagers inscrits)	
5.1.1 Une stratégie est élaborée pour promouvoir une santé mentale optimale et réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales et aux troubles concomitants, avec l'apport des usagers et des familles.	
5.1.3 Des séances de promotion de la santé mentale dans la communauté sont offertes, en partenariat avec d'autres organismes et avec l'apport des usagers et des familles.	
5.1.48 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
5.1.57 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
<p>5.1.66 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>5.1.66.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>5.1.66.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>5.1.66.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	

5.1.73	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	
5.2.1.1	La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple: - faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); - mesurer l'utilisation d'un produit; - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).	
5.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
5.2.1.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 : Services de dépendances (usagers inscrits)

Il y a plusieurs intervenants dédiés aux programmes de dépendance pour le territoire du Centre de Santé et services sociaux de la Baie-James

Les intervenants se trouvent dans les centres de santé suivants: Chibougamau, René-Ricard, Lebel-sur-Quévillon. Ce sont des intervenants dynamiques qui recherchent constamment les meilleures pratiques basées sur les données probantes. Il n'y a pas d'intervenants dédiés pour le centre de la santé Isle-Dieu Matagami. La responsabilité est répartie sur quelques intervenants. Nous encourageons l'établissement à se doter d'intervenants en dépendance pour augmenter son offre de service comme notamment l'enseignement et les services de proximité.

Il n'y a pas de centres de réadaptation et de ressources privées ou communautaires d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique dans le Nord-du-Québec. L'ensemble des intervenants assurent

l'ensemble du continuum de la réadaptation en externe. La desserte de la mission de réadaptation en interne et les ententes de services sont différentes d'un secteur à l'autre, c'est-à-dire que le secteur est (Chapais et Chibougamau) est desservi par CIUSSS du Saguenay Lac-Saint-Jean (CRD de Jonquière) tandis que le secteur ouest (Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson) est desservi par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (Centre le Normand).

Pour les pratiques établies en matière d'hygiène des mains, celles-ci ne font pas l'objet d'évaluation pour s'assurer de la conformité de ces pratiques. Les services de santé mentale et dépendance ne font pas partie de comités en lien avec la prévention des infections. Nous encourageons l'établissement à faire des audits de ces services et les impliquer dans les comités pertinents à la prévention des infections.

Dépendance (Centre de santé de Chibougamau)

L'équipe en dépendance offre des ateliers et de l'enseignement comme notamment sur la légalisation du cannabis. Les intervenants sont actifs dans la communauté et ouverts à adapter l'offre de service pour répondre aux besoins des usagers. Un défi sur lequel l'équipe de dépendance travaille est «le reaching out» pour offrir des services de proximité et dans la communauté.

Centre de santé René Ricard (Santé mentale)

Au Centre de santé René Ricard, un psychologue et une travailleuse sociale constituent l'équipe de santé mentale. L'accès aux services en santé mentale se fait par l'Accueil Orientation et Référence (AOR) ou les personnes se présentent à l'urgence du centre de santé. Les usagers sont rencontrés rapidement pour une évaluation puis référés au service qui répond à leurs besoins. Les intervenants en santé mentale collaborent étroitement avec l'AOR et les intervenants jeunesse. Une grande satisfaction est manifestée par les usagers envers les services qu'ils reçoivent. Le climat de travail est positif et les intervenants peuvent compter sur leurs supérieurs lorsqu'ils rencontrent des difficultés. Les intervenants sont flexibles et reçoivent de la formation pour répondre aux multiples besoins des usagers.

Centre Lebel-sur-Quévillon (dépendance)

Un intervenant est dédié au programme dépendance pour le centre Lebel-sur-Quévillon et appuyé par la spécialiste en activités cliniques qui possède une expertise dans le domaine de la dépendance. Dans certains cas où il pourrait y avoir des conflits d'intérêts, la spécialiste en activités cliniques peut à l'occasion s'assurer que l'utilisateur reçoive le service. La confidentialité et l'anonymat font partie de la pratique de tous les jours.

Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités des Établissements du réseau public du Québec.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux Établissements dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de cinq ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.