



**CONSEIL QUÉBÉCOIS  
D'AGRÉMENT**

ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS  
POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ

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

---

---

---

## **Rapport d'agrément abrégé Les Centres jeunesse de l'Outaouais**

---

---

---

29 juin 2011

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.....	3
Décision .....	5
Niveau de conformité aux trois angles d'évaluation du cadre normatif .....	8
Tableau synoptique de l'évaluation du cadre normatif .....	9

### SECTION 2

#### Les résultats

La satisfaction de la clientèle .....	10
Le degré de mobilisation du personnel.....	12

### SECTION 3

#### Les normes d'excellence

Tableau synoptique de l'évaluation du degré de conformité aux normes d'excellence .	13
---	----

### SECTION 4

#### La capacité d'amélioration

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

#### Suivi apporté par l'équipe visiteuse

aux recommandations du 8 juillet 2008 .....	15
---	----

# Introduction

Ce rapport présente les conclusions de la validation externe de la démarche d'agrément effectuée par les *Centres jeunesse de l'Outaouais*.

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 du rapport de l'équipe visiteuse par le comité de validation interne du Conseil québécois d'agrément;**
- **la décision concernant l'octroi de l'agrément par le comité de validation.**

La première section du rapport, intitulée évaluation globale, présente les principales forces et les principaux défis de l'établissement, la recommandation de l'équipe visiteuse quant à l'octroi de l'agrément, les recommandations et les suggestions de l'équipe visiteuse, le niveau de conformité de l'établissement aux standards requis pour chacun des angles d'évaluation (les résultats, les normes et la capacité d'amélioration) ainsi que le tableau synoptique de l'évaluation du cadre normatif.

La deuxième section présente les résultats qu'obtient l'établissement aux sondages réalisés pour évaluer la satisfaction de la clientèle et le degré de mobilisation du personnel. Ces résultats permettent de vérifier le niveau de conformité aux standards requis par le cadre normatif sous l'angle des résultats.

La troisième section porte sur l'évaluation du niveau de conformité de l'établissement aux normes. Un tableau synoptique permet de visualiser l'ensemble des cotes attribuées à chacune des qualités normatives permettant d'établir le niveau de conformité atteint par l'établissement, aux dix normes d'excellence.

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 de validation. Deux tableaux suivent : le premier permet de visualiser le niveau de conformité aux trois angles d'évaluation : les résultats, les normes et la capacité d'amélioration; le second présente le niveau de conformité aux standards requis pour chacun des 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 personnel engagé et impliqué envers la clientèle dans le cadre de changements structurels importants.
- Une offre de services, intégrée et partagée par l'ensemble du personnel, qui contribue à l'amélioration de la continuité de ces services auprès de la clientèle.
- Une capacité de repérer, d'adapter et d'implanter des programmes novateurs.
- Un leadership régional dans le développement de partenariats axés sur le continuum de services.
- Des collaborations soutenues avec le réseau des ressources de type familial (RTF) dans un contexte de rareté de ces ressources.
- Une gestion efficace de l'accessibilité aux services par la clientèle, qui se traduit par l'absence de liste d'attente depuis presque 10 ans.
- Un soutien professionnel pertinent, diversifié et apprécié par le personnel.
- Un conseil multidisciplinaire, un comité de vigilance, un comité de gestion des risques et un conseil d'administration responsables et clairvoyants.
- L'intérêt manifesté par le personnel à l'égard de l'appréciation de la contribution individuelle.

## **Les principaux défis**

- Consolider le fonctionnement de la nouvelle structure organisationnelle : suivi d'implantation, coordination interservices et arrimage entre la réadaptation et le psychosocial.
- Améliorer la communication à l'interne pour favoriser les échanges entre les groupes de l'organisation.
- Recruter et retenir le personnel dans un environnement particulièrement concurrentiel.
- Développer une culture de la mesure et de l'évaluation des résultats, tant au niveau des processus de gestion que des programmes et des services.
- Réactiver le comité des usagers en incluant les jeunes.
- Garantir la protection des renseignements personnels.
- Assurer de façon continue l'entretien des locaux, notamment sous l'angle de la propreté, la sécurité et le confort.
- Développer une culture de sécurité pour la clientèle et le personnel.
- Prioriser la finalisation du programme fonctionnel et technique de l'établissement (PFT).

## Décision

- CONSIDÉRANT que l'établissement obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard de la satisfaction de la clientèle et du degré de mobilisation du personnel,
- CONSIDÉRANT qu'au niveau des normes d'excellence, l'établissement répond aux standards requis puisqu'il se conforme de manière satisfaisante aux dix normes (100 %) énoncées dans le cadre normatif,
- CONSIDÉRANT que l'établissement démontre une capacité d'amélioration répondant aux exigences 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 de validation 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 de validation,

**le Conseil québécois d'agrément octroie à l'établissement**

**Les Centres jeunesse de l'Outaouais**

**un agrément pour une durée de trois ans et recommande<sup>1</sup>**

### Concernant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle

- Mettre sur pied un comité des usagers composé d'au moins cinq membres élus par tous les usagers de l'établissement et d'un représentant désigné par et parmi chacun des comités de résidents, dont la majorité des membres doivent être des usagers, sauf impossibilité (*alinéa a, art. 209, LSSSS*).

### Concernant la planification des interventions et la dispensation des services

- Respecter les délais de révision du plan d'intervention déterminés à 90 jours aux termes des articles 42 et 49 du règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

---

<sup>1</sup> Afin de faciliter le suivi des recommandations, le CQA propose à l'établissement de les intégrer à son plan d'amélioration.

- Se doter de mécanismes de suivi pour s'assurer de la révision du plan d'intervention dans les délais prescrits par la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

### **Concernant la gestion des insatisfactions et des plaintes de la clientèle**

- Compléter les orientations quant à la cueillette et l'analyse des insatisfactions comme levier pour l'amélioration continue de la qualité des services.
- Se doter de mécanismes formels pour recueillir, compiler et traiter ces insatisfactions.

### **Concernant la gestion de l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique**

- S'assurer que les actes réservés posés dans ses installations le sont par des personnes autorisées par la loi ou les règlements et qu'ils sont posés conformément aux protocoles applicables (*alinéa b, voir Annexe A*).

### **Concernant la gestion de la tenue du dossier de l'utilisateur et de la circulation des renseignements personnels sur la clientèle**

- Prendre les mesures nécessaires pour garantir la protection des renseignements personnels de la clientèle dans tous les secteurs d'activités, notamment en ce qui concerne la circulation des renseignements personnels, l'utilisation des clés USB et l'accès aux archives, et, **en faire rapport au CQA d'ici le 31 décembre 2011**.

### **Concernant la disponibilité de l'information**

- Développer et utiliser des indicateurs de gestion et de résultats pour l'ensemble des processus organisationnels.

**En soutien à l'analyse réalisée par l'établissement et afin de le préparer à se conformer, de manière satisfaisante, aux exigences du cadre normatif lors du prochain renouvellement agrément, certains objectifs identifiés dans le plan d'amélioration font l'objet des recommandations suivantes :**

### **Concernant la définition des engagements de l'établissement ainsi que la philosophie de gestion pour assurer le développement et la mobilisation des ressources humaines**

- Se doter d'une philosophie de gestion et la diffuser à l'ensemble du personnel.
- Développer des indicateurs de suivi pour s'assurer de l'application de la philosophie de gestion.

### **Concernant la gestion et la valorisation des ressources humaines**

- Poursuivre la mise en œuvre des mécanismes de supervision pour l'ensemble du personnel de soutien ainsi que pour le personnel à temps partiel régulier et le personnel à temps partiel occasionnel conformément à la politique de supervision de l'établissement.

### **Concernant la gestion des ressources matérielles**

- Se doter d'un plan d'action portant sur les correctifs nécessaires à apporter dans les milieux de vie des enfants sur le plan de l'hygiène notamment dans les cuisines, de la salubrité et des réparations, et ce par ordre de priorité, et, **en faire rapport au CQA d'ici le 30 septembre 2011**.
- Mettre en œuvre ce plan d'action.

### **Concernant la gestion de la documentation et des informations internes**

- Compléter la réalisation des objectifs identifiés dans le plan d'amélioration en lien avec la gestion de la documentation et des informations internes, et, **en faire rapport au CQA lors du bilan de la 1<sup>ère</sup> année de la mise en œuvre de ce plan**.

### **Concernant l'appréciation de la contribution individuelle du personnel**

- Compléter le processus d'appréciation de la contribution individuelle pour l'ensemble du personnel, et, **en faire rapport au CQA lors du bilan de la 1<sup>ère</sup> année de la mise en œuvre du plan d'amélioration**.

### **Concernant la gestion des ressources intermédiaires et des ressources de type familial**

- Fournir aux ressources de type familial, au début du placement du jeune, la fiche d'évaluation portant sur son état et sur son fonctionnement (cf. rapport Cloutier), dite rapport sommaire, pour favoriser une prise en charge sécuritaire.

### **Concernant la prestation d'interventions sécuritaires pour les clientèles et le personnel**

- Élaborer et mettre en œuvre les plans de mesures d'urgence d'ici décembre 2011 tel que prévu dans le plan d'amélioration, et, **en faire rapport au CQA d'ici le 31 décembre 2011**.
- Se doter de mécanismes continus pour identifier les situations à risque pour la clientèle et le personnel et prendre les mesures correctives en conséquence.

**À ce titre et afin de soutenir l'établissement dans l'atteinte de l'ensemble de ses objectifs d'amélioration, l'établissement pourra acheminer chaque année, au CQA, une copie du bilan de la mise en œuvre de son plan d'amélioration, lui permettant ainsi de bénéficier d'un feed-back et de conseils, en lien avec les exigences de l'agrément.**

## Niveau de conformité aux trois angles d'évaluation du cadre normatif

Les *Centres jeunesse de l'Outaouais* maîtrisent les exigences relatives aux trois angles d'évaluation : les résultats, les normes 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 d'exigence	
	Maîtrisé	Non maîtrisé
Résultats	X	
Normes d'excellence	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 la mobilisation du personnel. L'établissement maîtrise un secteur en autant que 70 %<sup>2</sup> des résultats soient comparables ou supérieurs à ceux du groupe de référence.

### Sous l'angle des normes

L'établissement doit démontrer qu'il se conforme, de manière satisfaisante ou très satisfaisante, aux trois (3) normes du niveau professionnel et à quatre (4) des sept (7) normes des niveaux stratégique et structurel. Au total, l'établissement doit donc se conformer à 70 % des normes d'excellence (7/10) prescrites dans le modèle d'agrément.

Le niveau de conformité à la norme est jugé satisfaisant lorsque l'évaluation de l'ensemble des processus qui lui sont sous-jacents, témoigne que trois des quatre qualités normatives, utilisées pour les évaluer, sont maîtrisées. Une qualité normative est maîtrisée lorsqu'elle possède une cote 2 ou 3.

- Une cote 1 correspond à une moyenne globale se situant entre 1 et 5,5;
- Une cote 2 correspond à une moyenne globale se situant entre 5,6 et 8,5;
- Une cote 3 correspond à une moyenne globale se situant entre 8,6 et 10.

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

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

<sup>2</sup> Il est à noter que le pourcentage réel correspond plus précisément à 67 %.

## Tableau synoptique de l'évaluation du cadre normatif

Niveau	Angle des résultats	Niveau de conformité aux standards requis		
		Tout à fait conforme	Conforme	Non conforme
Niveau	Satisfaction de la clientèle		X	
	Mobilisation du personnel		X	
Angle des normes		Tout à fait conforme	Conforme	Non conforme
Stratégique	<b>Norme I</b> Les valeurs, la vision et l'engagement qualité de l'établissement et de son conseil d'administration sont déterminés. Ils sont (re)connus et partagés par la clientèle, par le personnel et par les partenaires		X	
	<b>Norme II</b> L'offre de service et les programmes de l'établissement sont déterminés en fonction des besoins actuels et futurs des populations et des clientèles desservies, et ils sont mis en œuvre dans le cadre des orientations ministérielles		X	
	<b>Norme III</b> L'établissement agit en complémentarité avec le réseau de partenaires dans lequel il s'inscrit en vue de garantir l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population		X	
	<b>Norme IV</b> L'établissement élabore des stratégies innovatrices dans le développement de ses pratiques et dans le partage de son expertise		X	
Structurel	<b>Norme V</b> Le personnel est mobilisé, formé, soutenu et valorisé de manière à contribuer activement, par ses compétences, à la qualité du service rendu à la clientèle		X	
	<b>Norme VI</b> La gestion des ressources financières, matérielles et informatiques est pertinente et efficiente, au regard des besoins de la clientèle et des orientations stratégiques de l'établissement		X	
	<b>Norme VII</b> L'établissement transmet régulièrement, à la population, à ses clientèles, à son personnel et à ses partenaires, les informations nécessaires à la connaissance et à la compréhension de ses objectifs et du fonctionnement de ses services		X	
Professionnel	<b>Norme VIII</b> Le personnel, incluant les intervenants et chacune des ressources associées, est encadré afin d'assurer la continuité, la conformité et la sécurité des prestations offertes aux usagers et à leurs familles.		X	
	<b>Norme IX</b> Les prestations de service sont organisées, dispensées et évaluées afin de répondre, en continu, aux besoins des usagers et de leur famille, aux standards cliniques, aux meilleures pratiques en usage dans ce secteur ainsi qu'aux exigences légales et réglementaires		X	
	<b>Norme X</b> La sécurité des interventions dispensées auprès de la clientèle est garantie par le respect et l'application optimale des différents cadres de références qui les balisent		X	
Angle de la capacité d'amélioration		Tout à fait conforme	Conforme	Non conforme
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

L'établissement *Centres jeunesse de l'Outaouais* démontre qu'il rencontre les exigences du cadre normatif sous l'angle des résultats.

### La satisfaction de la clientèle

Les résultats obtenus par les *Centres jeunesse de l'Outaouais* au sondage réalisé auprès de la clientèle qu'il dessert, démontrent qu'il maîtrise ce secteur et que l'établissement répond aux standards reliés à chacun des indicateurs servant à mesurer leur degré de satisfaction, comme le confirment les tableaux qui suivent.

Comparaison entre le degré de satisfaction des jeunes des *Centres jeunesse de l'Outaouais* et celui observé dans les autres établissements de même mission et résultats pour chacune des dimensions « 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>	<b>85,49</b>	81,74	89,24	82,32	87,37	2
- Respect	86,99	83,04	90,94	82,62	89,10	
- Confidentialité	87,58	83,86	91,30	84,51	88,47	
- Empathie	81,97	77,16	86,79	79,83	86,09	
<b>Prestation professionnelle</b>	<b>81,19</b>	76,55	85,82	78,06	84,97	2
- Fiabilité	81,62	77,18	86,06	77,71	86,08	
- Responsabilisation	80,81	75,66	85,95	79,38	86,44	
- Apaisement	77,92	72,01	83,83	77,81	82,65	
- Solidarisation	84,06	79,27	88,84	77,75	83,00	
<b>Organisation des services</b>	<b>84,09</b>	80,39	87,80	79,73	84,96	2
- Simplicité	84,63	80,59	88,67	80,79	86,43	
- Continuité	78,98	73,88	84,07	73,01	82,61	
- Accessibilité	83,41	78,17	88,64	77,21	81,95	
- Rapidité	77,99	71,93	84,05	79,27	82,30	
- Confort	87,09	83,27	90,91	79,74	87,85	

Comparaison entre le degré de satisfaction des **parents** des *Centres jeunesse de l'Outaouais* et celui observé dans les autres établissements de même mission et résultats pour chacune des dimensions « 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>	<b>78,34</b>	74,90	81,77	77,00	80,62	2
- Respect	76,95	72,98	80,92	76,77	80,48	
- Confidentialité	85,93	83,05	88,80	81,29	86,83	
- Empathie	75,12	71,05	79,19	74,16	77,46	
<b>Prestation professionnelle</b>	<b>74,57</b>	70,84	78,29	72,87	75,24	2
- Fiabilité	74,01	70,27	77,76	73,49	77,33	
- Responsabilisation	74,18	69,93	78,43	68,83	71,27	
- Apaisement	73,95	69,48	78,41	73,79	75,32	
- Solidarisation	76,53	72,28	80,77	70,17	73,00	
<b>Organisation des services</b>	<b>80,13</b>	77,45	82,81	77,06	81,72	2
- Simplicité	78,83	75,57	82,09	76,08	81,24	
- Continuité	71,55	67,17	75,93	70,36	75,72	
- Accessibilité	84,75	82,14	87,37	77,64	84,99	
- Rapidité	75,38	71,38	79,39	74,22	79,21	
- Confort	87,74	85,13	90,35	84,51	89,45	

## Le degré de mobilisation du personnel

Les résultats obtenus par les *Centres jeunesse de l'Outaouais* au sondage réalisé auprès des employés démontrent que l'établissement maîtrise ce secteur et répond aux standards reliés à chacun des indicateurs servant à mesurer leur degré de mobilisation, comme le confirme le tableau qui suit.

Comparaison entre le degré de mobilisation du personnel des *Centres jeunesse de l'Outaouais* 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	<b>74,06</b>	71,81	76,31	<b>79,59</b>	76,69	82,97	<b>1</b>
Implication	<b>77,08</b>	75,06	79,11	<b>76,00</b>	71,21	82,73	<b>2</b>
Collaboration	<b>77,49</b>	75,41	79,57	<b>77,65</b>	73,70	82,18	<b>2</b>
Soutien	<b>67,93</b>	65,54	70,32	<b>73,35</b>	68,36	80,48	<b>2</b>
Communication	<b>69,94</b>	67,49	72,40	<b>69,47</b>	63,69	77,51	<b>2</b>
Leadership	<b>71,44</b>	68,95	73,93	<b>72,88</b>	67,24	80,52	<b>2</b>

## SECTION 3

# Les normes d'excellence

## Tableau synoptique de l'évaluation du degré de conformité aux normes d'excellence

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

<sup>3</sup> TFC = tout à fait conforme – C = conforme – NC = non conforme.

## SECTION 4

# La capacité d'amélioration

Les *Centres jeunesse de l'Outaouais* maîtrisent 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	Maîtrisé
Pertinence de l'analyse	2	
Pertinence du plan d'amélioration	3	
Réalisme du plan d'amélioration	2	
Capacité d'adaptation	3	
Capacité de mise en œuvre	3	

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

## Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 8 juillet 2008

Recommandation	Bilan de réalisation
<p><b>Concernant l'innovation en continu des pratiques</b></p> <p>Créer une fonction distincte chargée d'assurer le développement des pratiques professionnelles de façon transversale dans tous les secteurs de l'organisation, facilitant le recul et la vue d'ensemble des besoins de ceux-ci.</p>	Réalisé à 100 %
<p><b>Concernant l'appréciation de la contribution du personnel</b></p> <p>Devancer l'échéancier inscrit au plan d'amélioration afin que le système d'évaluation de la contribution pour l'ensemble du personnel soit totalement en place en 2011, et plus spécifiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- élaborer le volet du plan d'action triennal sur le développement du personnel portant sur l'évaluation de la contribution du personnel;</li> <li>- développer les outils soutenant l'évaluation de la contribution du personnel dans tous les secteurs d'activités;</li> <li>- amorcer les rencontres d'évaluation;</li> <li>- déposer un bilan de réalisation au Conseil québécois d'agrément au plus tard le <u>31 mars 2009</u>.</li> </ul>	<p>Réalisé à 80 %</p> <p>Réalisé à 100 %</p> <p>Réalisé à 100 %</p> <p>Réalisé à 80 %</p> <p>Réalisé à 100 %</p>
<p><b>Concernant la gestion de la documentation et des informations internes</b></p> <p>Uniformiser le système de classement des documents internes.</p> <p>Mettre à jour le calendrier de conservation des documents.</p> <p>Prendre les mesures requises afin de garantir la traçabilité et la mise à jour des documents.</p>	Réalisé à 40 %
<p><b>Concernant la gestion de l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique</b></p> <p>Préciser les outils, guides et protocoles cliniques qui sont obligatoires.</p> <p>En assurer l'utilisation ou la référence en conséquence.</p> <p>Appliquer, conformément à l'article 37 du règlement pour l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, la politique sur le recours à l'encadrement intensif, et d'en faire rapport au Conseil québécois d'agrément d'ici le <u>30 novembre 2008</u>.</p>	Réalisé à 100 %
<p><b>Concernant la prestation d'interventions sécuritaires pour les clientèles et le personnel</b></p> <p>Faire adopter par le conseil d'administration un règlement portant sur les conditions d'admission de personnes atteintes de maladies contagieuses ou d'infections.</p>	Réalisé à 100 %

<b>Recommandation</b>	<b>Bilan de réalisation</b>
<p><b>Concernant la tenue du dossier de l'utilisateur et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle</b></p> <p>Se doter d'une politique du dossier qui intègre l'ensemble des éléments reliés à la gestion du dossier de l'utilisateur, dont la clarification des rôles et des responsabilités des intervenants concernés.</p> <p>S'assurer que la gestion des demandes d'accès au dossier tienne compte des éléments légaux s'y rapportant.</p>	<p>Réalisé à 100 %</p> <p>Réalisé à 100 %</p>

Quant au plan d'amélioration déposé par l'établissement lors de la démarche d'agrément précédente, il a été réalisé dans une proportion de 80 %.