
Rapport d'agrément

Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent

15 décembre 2010

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.....	4
Décision	6
Suggestions de l'équipe visiteuse	9
Niveau de conformité aux trois angles d'évaluation du cadre normatif	10
Tableau synoptique de l'évaluation du cadre normatif	11

SECTION 2

Les résultats

La satisfaction de la clientèle	12
Le degré de mobilisation du personnel.....	16

SECTION 3

Les normes d'excellence

Appréciation des écarts dans l'évaluation de la conformité de l'établissement aux 10 normes d'excellence.....	18
Tableau synoptique de l'évaluation du degré de conformité aux normes d'excellence.....	19

SECTION 4

La capacité d'amélioration

Tableau synoptique de l'évaluation des qualités normatives.....	42
Appréciation des écarts dans l'évaluation de la capacité d'amélioration	43

Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 29 novembre 2007	45
---	-----------

Introduction

Ce rapport présente les conclusions de la validation externe de la démarche d'agrément effectuée par le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*.

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 interne.**

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. Suivent les observations et les analyses sur lesquelles s'appuie l'équipe visiteuse pour valider l'autoévaluation effectuée par l'établissement au regard de son degré de conformité aux normes.

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

L'équipe visiteuse

L'équipe visiteuse était composée des personnes suivantes :

Marcel Bonneau, gestionnaire retraité du réseau de la santé et des services sociaux, et *responsable de l'équipe visiteuse*;

Lucette Beaumont, chef de service – direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire;

Alain Sauvé, adjoint à la direction des services à la clientèle, Centre de réadaptation La Myriade.

Le comité de validation

Le comité de validation était composé des personnes suivantes :

Michelle Caron, gestionnaire retraitée du réseau de la santé et des services sociaux et coordonnatrice de la formation à La Maison Michel-Sarrazin;

Robert Granger, directeur de la recherche et du développement, Conseil québécois d'agrément;

Lyne Pelletier, directrice générale, Conseil québécois d'agrément.

La démarche et la visite d'agrément

Le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* s'est engagé dans sa démarche de renouvellement d'agrément à l'automne 2009.

La structure de réalisation de cette démarche d'agrément repose sur l'implication du personnel, l'instauration de mécanismes de concertation et la représentativité de l'ensemble de la structure organisationnelle. Les gestionnaires responsables ont rédigé les processus qui les concernent alors que le comité des opérations, composé des directeurs responsables des processus et des chefs d'équipe d'évaluation, a évalué les processus en fonction des quatre qualités normatives et a dégagé les pistes d'amélioration. Quatre équipes d'évaluation ont été constituées afin d'assurer la plus grande représentativité du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*.

La visite au *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* a eu lieu du 22 au 26 novembre 2010. Plusieurs lieux ont été visités, notamment les unités de vie L'Anse, Le Quai, et le Moussaillon, une famille d'accueil; les Points de service de Mont-Joli et de Rimouski et le Centre administratif.

Nous tenons à souligner l'importante contribution de Denise Dufour qui agissait à titre de coordonnatrice de la démarche d'agrément pour le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* et celle de Tatyana Saba qui agissait à titre de conseillère pour le Conseil québécois d'agrément.

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 engagement soutenu de la grande équipe du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* à offrir aux jeunes et à leurs parents des services de qualité dans le respect et, avec une croyance dans le potentiel de changement des clients.
- Un personnel mobilisé qui adhère aux valeurs cliniques et aux valeurs organisationnelles.
- Une documentation à jour, notamment des protocoles, des politiques des guides de pratiques, de certains programmes et d'autres documents pour améliorer les pratiques cliniques, grâce à un important travail.
- Une présence dynamique du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* dans la communauté et auprès des partenaires se reflétant dans la documentation produite et diffusée par des moyens diversifiés, la participation importante des représentants de la population à l'assemblée publique annuelle, la production d'une vidéo corporative présentant la mission de l'établissement « Les racines d'un enfant ».
- La qualité des installations, l'adaptation et la propreté des milieux de vie pour satisfaire les besoins des jeunes, des familles et du personnel.
- Une amélioration importante depuis le dernier agrément de toutes les mesures de sécurité mises en place pour la clientèle et le personnel.
- Un accueil des stagiaires revu, amélioré voire même devenu une « affaire de tous » notamment pour assurer la relève dans le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*.

Les principaux défis

- Consolider les pratiques cliniques amorcées notamment au niveau des plans d'intervention (PI), les plans de services individualisés (PSI) et les plans d'intervention à l'intention de la famille d'accueil (PIFA).
- Poursuivre le développement de la collaboration entre les intervenants psychosociaux et ceux de la réadaptation autour du client et de son plan d'intervention.
- Consolider le recrutement de personnel et profiter de toutes les occasions pour améliorer la continuité des services, en tenant compte des besoins organisationnels et de ceux des employés.
- Développer au sein du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* une culture d'évaluation des activités effectuées et se donner des indicateurs pertinents pour mesurer leur évolution.
- Mettre à jour les modes d'accompagnement et de soutien offerts aux familles d'accueil avec la contribution de ces dernières, en tenant compte de leurs réalités, des besoins de la clientèle dans les différentes municipalités régionales de comté (MRC) et, de la nouvelle législation.

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 au

Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent

un agrément pour une durée de trois ans et recommande¹

Concernant la détermination des valeurs, de la vision et de l'engagement qualité de l'établissement et de leur partage avec la clientèle, le personnel et les partenaires

- Se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers. Ce code prévoit également les règles d'utilisation des renseignements personnels des usagers à des fins d'invitation à verser un don ou de sondages ayant pour objet de connaître les attentes des usagers et leur satisfaction à l'égard de la qualité des services offerts. L'établissement remet un exemplaire de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande (*alinéa a, art. 27.3, 107 et 233, LSSSS*).

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

Concernant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle

- Se doter d'un système d'évaluation de la satisfaction de la clientèle intégrant un calendrier de réalisation.
- Diffuser et mettre en œuvre le système d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, et en faire rapport au CQA lors du bilan de la 1^{ère} année du plan d'amélioration (janvier 2012).

Concernant la gestion des activités de recherche

- Adopter un règlement sur l'organisation de la recherche dans l'établissement (*alinéa a, art. 106 et 505 (6), LSSSS; art. 6 (9), Règlement sur l'organisation et l'administration*).

Concernant la gestion des activités de l'enseignement.

- Adopter un règlement sur l'organisation de l'enseignement dans l'établissement (*alinéa a, art. 106 et 505 (6), LSSSS; art. 6 (9), Règlement sur l'organisation et l'administration*).

Concernant l'encadrement des équipes de travail

- Se donner un plan d'action visant à bonifier les mécanismes de coordination et de collaboration entre les services psychosociaux et ceux de la réadaptation interne, intégrant les indicateurs de résultats,
- et, en faire rapport au CQA lors du bilan de la 1^{ère} année du plan d'amélioration (janvier 2012).

Concernant le développement des connaissances et des compétences du personnel

- Se donner des mécanismes en vue de favoriser le transfert des connaissances et des compétences dans la pratique professionnelle.

Concernant la gestion de la documentation et des informations internes

- Se doter d'une politique intégrant les orientations générales quant à la gestion des informations internes.

Concernant la supervision et l'encadrement des intervenants sur le plan clinique

- S'assurer de l'application de la politique de supervision pour l'ensemble du personnel concerné.
- Se donner des indicateurs de suivi pour l'application de la politique de supervision distincts des mécanismes d'appréciation de la contribution.

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

- S'assurer d'une gestion standardisée des ressources de type familial basée sur les recommandations du rapport Cloutier.
- Réviser les mécanismes d'accompagnement et de soutien afin de poursuivre à développer le climat de confiance dans le partenariat avec les ressources de type familial au profit des jeunes.

Concernant la gestion des ressources bénévoles

- Formaliser l'orientation sur la pratique des bénévoles au sein du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*.
- Se donner des mécanismes permettant de s'assurer de la sécurité des clientèles confiées à des bénévoles (accompagnement transport) et, en faire rapport au CQA pour **le 30 juin 2011**.

Concernant l'accueil, le traitement et l'orientation des demandes de services

- Clarifie les critères d'orientation des usagers vers le service adéquat et, les diffuser au personnel.
- Se doter de mécanismes nécessaires pour vérifier l'application du processus d'accueil et de traitement des demandes de service.

Concernant la planification des interventions et la dispensation des services

- S'assurer que les plans de services individualisés (PSI) élaborés, soient inscrits dans le système de Projet Intervention Jeunesse (PIJ).

Concernant la gestion des plaintes et des insatisfactions de la clientèle

- Établir la procédure d'examen applicable à la plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident.
- Assurer le transfert, sans délai, de la plainte au médecin examinateur, le cas échéant (*alinéa g, art. 34, LSSSS*).

Suggestions de l'équipe visiteuse

Processus n° 6 : Innover de façon continue dans les pratiques

L'équipe visiteuse suggère à l'établissement d' :

- d'apporter des clarifications au sujet de la définition retenue par le *Centre jeunesse du Bas Saint-Laurent* sur ce qu'est l'innovation dans les pratiques et sur ce qui distingue une pratique novatrice des activités régulières de l'établissement;
- prendre d'autres initiatives telles que celles prises pour étudier les besoins des 16-18 ans dans le but d'initier des pratiques novatrices répondant aux besoins évolutifs de la clientèle.

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

Le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* maîtrise 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 %² 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.

² 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	Norme I 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	
	Norme II 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	
	Norme III 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		
	Norme IV L'établissement élabore des stratégies innovatrices dans le développement de ses pratiques et dans le partage de son expertise		X	
Structurel	Norme V 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	
	Norme VI La gestion des ressources financières, matérielles et informatiques est pertinente et efficace, au regard des besoins de la clientèle et des orientations stratégiques de l'établissement	X		
	Norme VII 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	Norme VIII 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	
	Norme IX 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	
	Norme X 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

Le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* démontre qu'il rencontre les exigences du cadre normatif sous l'angle des résultats.

La satisfaction de la clientèle

Les résultats obtenus par le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* 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 du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* 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	
Relation avec le client	87,47	85,12	89,82	81,03	87,88	2
- Respect	88,85	86,11	91,59	79,60	88,84	
- Confidentialité	87,67	85,03	90,31	84,17	88,93	
- Empathie	86,29	83,48	89,10	80,91	86,31	
Prestation professionnelle	84,57	81,97	87,16	77,35	83,53	2
- Fiabilité	84,61	82,07	87,14	78,45	83,97	
- Responsabilisation	86,47	83,51	89,43	79,10	86,07	
- Apaisement	83,50	79,98	87,02	73,78	82,31	
- Solidarisation	83,86	80,65	87,07	75,36	81,78	
Organisation des services	84,77	82,22	87,32	76,26	84,53	2
- Simplicité	85,69	83,15	88,23	78,67	86,21	
- Continuité	81,57	77,42	85,72	73,55	80,49	
- Accessibilité	78,19	73,86	82,53	72,92	83,01	
- Rapidité	83,05	79,48	86,63	74,66	83,14	
- Confort	87,92	85,32	90,51	72,86	86,84	

Pour mesurer le degré de satisfaction de la clientèle des jeunes, 133 entrevues téléphoniques ont été réalisées. Les résultats de trois indicateurs sur trois (*relation avec le client, prestation professionnelle et organisation des services*) se situent dans les limites du comparatif.

Taux d'appréciation les plus élevés

N° de l'énoncé	Énoncé	Dimension « clientèle » concernée	Taux de satisfaction %
47	La nourriture est servie en quantité suffisante	Confort	98,38
49	Les équipements sont propres	Confort	98,33
50	Les lieux sont sécuritaires	Confort	97,57
52	Les règles concernant la présence des proches sont adéquates	Simplicité	97,43
48	La nourriture a bon goût	Confort	96,76

Taux d'appréciation les plus faibles

N° de l'énoncé	Énoncé	Dimension « clientèle » concernée	Taux de satisfaction %
33	Lors de situations d'urgence tu peux joindre quelqu'un du centre même le soir, la nuit ou les fins de semaine	Accessibilité	73,62
30	Si tu consultes un second intervenant pour le même problème tu n'as pas à répéter les mêmes informations	Continuité	76,07
11b	Par rapport à la situation dans laquelle tu te trouvais à ton arrivée, les intervenants t'ont aidé à améliorer la relation que tu as avec tes parents	Fiabilité	76,42
27	Les procédures te permettant de porter plainte ou d'exprimer ton insatisfaction sont faciles à suivre	Simplicité	78,80
38	Au centre, l'ambiance est agréable	Confort	79,27

Comparaison entre le degré de satisfaction des **parents** du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* 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	
Relation avec le client	80,97	77,61	84,32	77,92	83,25	2
- Respect	80,91	77,08	84,75	77,84	83,80	
- Confidentialité	85,95	82,92	88,98	85,33	86,71	
- Empathie	77,90	73,80	82,01	73,70	80,80	
Prestation professionnelle	75,24	71,34	79,15	72,84	77,97	2
- Fiabilité	77,69	73,81	81,56	74,79	79,56	
- Responsabilisation	70,07	65,52	74,63	67,45	74,25	
- Apaisement	75,35	70,79	79,90	72,15	79,92	
- Solidarisation	71,20	66,17	76,23	68,84	74,82	
Organisation des services	82,17	79,38	84,96	76,91	82,44	2
- Simplicité	82,32	79,27	85,36	76,47	82,24	
- Continuité	76,86	72,70	81,01	71,45	77,02	
- Accessibilité	83,30	80,00	86,60	77,46	86,74	
- Rapidité	80,19	76,30	84,08	71,40	80,73	
- Confort	90,36	88,04	92,69	82,36	89,64	

Afin de connaître le degré de satisfaction des parents, 159 entretiens téléphoniques ont été réalisés. Les résultats de trois indicateurs sur trois (*relation avec le client, prestation professionnelle et organisation des services*) se situent dans les limites du comparatif.

Taux d'appréciation les plus élevés

N° de l'énoncé	Énoncé	Dimension « clientèle » concernée	Taux de satisfaction %
39	Les locaux sont propres	Confort	94,75
57	Les équipements sont propres	Confort	93,60
42	À l'endroit où vit votre jeune, on l'a bien accueilli	Fiabilité	92,33
58	Les lieux sont sécuritaires	Confort	91,11
25	On vous parle dans des mots que vous pouvez facilement comprendre	Simplicité	89,18

Taux d'appréciation les plus faibles

N° de l'énoncé	Énoncé	Dimension « clientèle » concernée	Taux de satisfaction %
15	On vous encourage à rencontrer des groupes, associations ou personnes ayant vécu des problèmes similaires	Responsabilisation	48,54
49	L'information que l'on vous a donnée concernant la contribution financière au placement est complète	Simplicité	67,74
30	Si vous consultez un second intervenant ou un spécialiste pour le même problème vous n'avez pas à répéter toutes les informations	Continuité	68,67
18	On vous encourage à trouver du support ou de l'aide auprès de votre entourage	Solidarisation	69,39
19	On vous encourage à utiliser les ressources de votre milieu	Solidarisation	72,38

Le degré de mobilisation du personnel

Les résultats obtenus par le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* 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 du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* 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	83,20	81,57	84,84	78,91	74,28	83,07	2
Implication	82,72	81,19	84,25	73,80	68,37	78,83	3
Collaboration	82,04	80,37	83,71	76,77	71,25	81,27	2
Soutien	81,53	79,77	83,30	70,29	64,68	75,97	3
Communication	76,76	74,87	78,65	67,92	61,06	73,39	3
Leadership	80,99	79,36	82,61	71,54	64,31	77,85	3

L'enquête réalisée auprès de l'ensemble du personnel du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* s'est déroulée de novembre 2009 à janvier 2010. Des 383 questionnaires distribués, 235 ont été complétés, ce qui donne un taux de réponse global de 61,36 %.

Les résultats de quatre indicateurs sur six (*implication, soutien, communication et leadership*), se situent au-delà des limites du comparatif et, les deux autres indicateurs (*réalisation et collaboration*), se situent dans les limites du comparatif.

Taux d'appréciation les plus élevés

N° de l'énoncé	Énoncé	Indicateurs de mobilisation	Degré de mobilisation	Écart type
40	Mon supérieur immédiat me traite avec respect	Leadership	88,70	15,69
41	Mon supérieur immédiat me traite de façon juste	Leadership	87,49	16,57
5	Je dispose de l'autonomie nécessaire pour intervenir dans les domaines dont je suis responsable	Réalisation	86,51	11,57
14	J'adhère aux objectifs poursuivis par mon équipe	Collaboration	85,91	12,98
24	Les membres de mon équipe se traitent, entre eux, avec respect	Collaboration	85,84	15,82

Taux d'appréciation les plus faibles

N° de l'énoncé	Énoncé	Indicateurs de mobilisation	Degré de mobilisation	Écart type
33	Je reçois de l'information sur les «bons coups» cliniques ou administratifs réalisés au sein de l'établissement	Communication	72,22	19,55
13	De façon générale, je prends part aux décisions qui concernent l'organisation du travail dans mon secteur d'emploi	Implication	72,22	19,55
32	Les communications entre les différentes équipes (services) de l'établissement sont satisfaisantes	Communication	73,00	17,40
39	Les modes de fonctionnement de l'établissement favorisent la collaboration et la concertation entre les équipes	Leadership	74,08	16,50
37	Je peux régulièrement discuter de mon travail dans des rencontres prévues à cet effet	Communication	75,25	22,79

SECTION 3

Les normes d'excellence

Appréciation des écarts dans l'évaluation de la conformité de l'établissement aux 10 normes d'excellence

Le tableau synoptique de la page suivante démontre que *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* atteint le niveau de conformité requis aux dix normes d'excellence (100 %) et qu'il rencontre ainsi les exigences du cadre normatif sous l'angle des normes.

Les observations et les analyses qui sont à la base de la validation effectuée par l'équipe visiteuse ont permis de confirmer ou d'infirmer l'autoévaluation de l'établissement. Sur les 99 cotes résultant de l'évaluation globale des processus organisationnels aux quatre qualités normatives et servant à établir le niveau de conformité aux normes d'excellence, 21 sont évaluées différemment. Deux cotes (2,02 %) ont été majorées et 19 cotes (19,19 %) ont été diminuées, affectant le niveau de conformité de trois normes sur 10.

Le texte qui suit présente pour chaque norme, les principaux éléments sur lesquels reposent les écarts entre l'évaluation effectuée par l'établissement et celle effectuée par l'équipe visiteuse, ainsi que les résultats sur le niveau de conformité de la norme.

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 ³
		Documentation	Actualisation	Adéquation	Légalité	
Stratégique	Norme I Une vision, des valeurs et un engagement qualité	Cote finale, 1 à 3				
	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	3	3	1	C
	Norme II Une offre concertée de service	Cote finale, 1 à 3				
	N° 2 : Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle	2	2	2	3	C
	N° 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle					
	Norme III Une interaction continue avec le milieu	Cote finale, 1 à 3				
	N° 4 : Collaborer avec les partenaires	3	3	3	3	TFC
Structurel	Norme IV Des stratégies d'innovation et de développement	Cote finale, 1 à 3				
	N° 5 : Gérer les activités de recherche	2	2	2	1	C
	N° 6 : Innover de façon continue dans les pratiques					
	N° 7 : Gérer les activités d'enseignement					
	Norme V La mobilisation et la valorisation des ressources humaines	Cote finale, 1 à 3				
	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	3	3	2	3	C
Professionnel	N° 10 : Encadrer les équipes de travail					
	N° 11 : Développer les connaissances et les compétences du personnel					
	Norme VI Une gestion efficiente des ressources financières, matérielles et informationnelles	Cote finale, 1 à 3				
	N° 12 : Gérer les ressources financières					
	N° 13 : Gérer les ressources matérielles	3	3	3	3	TFC
	N° 14 : Gérer les ressources informationnelles					
	Norme VII Le plan de communication	Cote finale, 1 à 3				
N° 15 : Concevoir et mettre en œuvre le plan de communication	3	3	3	3	TFC	
Professionnel	N° 16 : Assurer la gestion de la documentation et des informations internes					
	Norme VIII La gestion du personnel et des ressources associées	Cote finale, 1 à 3				
	N° 17 : Apprécier la contribution individuelle du personnel					
	N° 18 : Superviser et encadrer les intervenants sur le plan clinique	3	2	2	3	C
	N° 19 : Gérer les ressources intermédiaires et les ressources de type familial					
	N° 20 : Gérer les ressources bénévoles					
	Norme IX La qualité dans l'organisation des prestations de services	Cote finale, 1 à 3				
	N° 21 : Accueillir, traiter et orienter les demandes de services					
	N° 22 : Gérer les listes d'attente	2	3	3	2	C
	N° 23 : Planifier les interventions et dispenser les services					
N° 24 : Gérer les plaintes et les insatisfactions de la clientèle						
Professionnel	Norme X La sécurité des interventions	Cote finale, 1 à 3				
	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	3	3	3	TFC
	N° 27 : Gérer la tenue du dossier de l'usager et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle					

³ TFC = tout à fait conforme – C = conforme – NC = non conforme.

NORME 1 : UNE VISION, DES VALEURS ET UN ENGAGEMENT QUALITÉ

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

Évaluation globale de la conformité aux qualités normatives

Qualité normative	Cote finale	Statut	Niveau de conformité de la norme TFC, C, NC
Documentation	3	Confirmé	Conforme
Actualisation	3	Confirmé	
Adéquation	3	Confirmé	
Légalité	1	Confirmé	

Actualisation

Au regard du processus 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

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté lors de la visite que le personnel est mobilisé et il adhère aux valeurs cliniques et organisationnelles tout en travaillant sur une base continue à l'amélioration de la qualité des services offerts à la clientèle.

Adéquation

Au regard du processus 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

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Les activités et les décisions prises au *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* en lien avec les objectifs poursuivis, s'appuient sur les valeurs cliniques définies, dans une optique d'amélioration continue de la qualité.

Au regard du processus 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

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que la révision du code d'éthique était inscrite au plan d'amélioration précédent. Toutefois, le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* a entrepris une démarche de consultation en vue de l'adopter au conseil d'administration de mars 2011 et d'assurer sa diffusion auprès du personnel et de la clientèle d'ici la fin juin 2011.

Afin de se conformer à l'alinéa (a), l'équipe visiteuse recommande à l'établissement de :

- **se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers. Ce code prévoit également les règles d'utilisation des renseignements personnels des usagers à des fins d'invitation à verser un don ou de sondages ayant pour objet de connaître les attentes des usagers et leur satisfaction à l'égard de la qualité des services offerts. L'établissement remet un exemplaire de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande (alinéa a, art. 27.3, 107 et 233, LSSSS).**

NORME II : UNE OFFRE CONCERTÉE DE SERVICE

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

Évaluation globale de la conformité aux qualités normatives			
Qualité normative	Cote finale	Statut	Niveau de conformité de la norme TFC, C, NC
Documentation	2	Confirmé	Conforme
Actualisation	2	Confirmé	
Adéquation	2	Confirmé	
Légalité	3	<i>Rehaussé</i>	

Documentation

Au regard du processus n° 2 : Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Depuis le dernier agrément, l'établissement a déployé des efforts importants pour formaliser son offre de service par la production d'une documentation soutenant tous les critères de ce processus, notamment l'adoption des Orientations 2008-2012 et du plan d'organisation.

Au regard du processus n° 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* ne dispose pas d'un système formel d'évaluation de la satisfaction de la clientèle. Tout en soutenant l'établissement dans la réalisation de son objectif n° 6 inscrit au plan d'amélioration, l'équipe visiteuse recommande à l'établissement de :

- se doter d'un système d'évaluation de la satisfaction de la clientèle intégrant un calendrier de réalisation;
- diffuser et mettre en œuvre le système d'évaluation de la satisfaction de la clientèle,

et en faire rapport au CQA lors du bilan de la 1^{ère} année du plan d'amélioration (janvier 2012).

Actualisation

Au regard du processus n° 2 : Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Malgré les efforts importants déployés afin de diffuser les programmes au personnel, leur actualisation demeure à compléter, par exemple le Programme en négligence, en début d'expérimentation dans une municipalité régionale de comté (MRC), et les trois programmes de la LSJPA dont la mise en place est inégale entre les différents points de service.

Au regard du processus n° 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté qu'à part l'utilisation des sondages du CQA et ceux faits dans le cadre du Programme de réadaptation avec hébergement dans une unité d'encadrement intensif, le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* n'a pas fait d'évaluation de la satisfaction de sa clientèle.

Adéquation

Au regard du processus n° 2 : Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle appuie le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* dans son objectif inscrit à son plan d'amélioration d'adopter un cadre de référence sur l'élaboration et l'évaluation des programmes.

Au regard du processus n° 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Suite à sa rencontre avec le comité des usagers, l'équipe visiteuse a constaté les efforts déployés par le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* pour relancer l'existence de ce comité et supporter le comité des résidents dans le campus de réadaptation et, elle soutient l'établissement dans la poursuite du support à apporter dans le développement des activités de ces instances.

Légalité

Au regard du processus n° 2 : Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle

L'équipe visiteuse augmente la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement constatant que la révision annuelle des lits de l'établissement en fonction des besoins des usagers ne s'y applique pas (*alinéa d, art. 106, 505 (6), LSSSS; art. 6 (3) et (8), Règlement sur l'organisation et l'administration*).

NORME III : UNE INTERACTION CONTINUE AVEC LE MILIEU

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

Évaluation globale de la conformité aux qualités normatives

Qualité normative	Cote finale	Statut	Niveau de conformité de la norme TFC, C, NC
Documentation	3	Confirmé	Tout à fait conforme
Actualisation	3	Confirmé	
Adéquation	3	Confirmé	
Légalité	3	Confirmé	

Documentation

Au regard du processus n° 4 : Collaborer avec les partenaires

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* a procédé à la signature de plusieurs ententes formelles avec ses partenaires depuis le dernier agrément. Le partenariat fait partie de la philosophie de gestion de l'établissement tel qu'il est décrit dans les orientations 2008-2012.

Actualisation

Au regard du processus n° 4 : Collaborer avec les partenaires

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Les ententes sont disponibles au personnel dans les différents points de service dans le centre d'information Lotus Notes.

Adéquation

Au regard du processus n° 4 : Collaborer avec les partenaires

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Un consensus est établi par les partenaires à l'effet que les collaborations avec le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* sont excellentes.

Au regard du processus n° 4 : Collaborer avec les partenaires

Bien que l'établissement ait considéré comme sans objet, l'obligation légale relative aux ententes nécessaires à conclure avec les instances locales pour permettre d'assurer la coordination des services requis par la population (*alinéa a, art. 105.1, LSSSS*), l'équipe visiteuse considère que cette obligation s'applique à l'établissement et qu'elle est par ailleurs, en cours d'être rencontrée.

NORME IV : DES STRATÉGIES D'INNOVATION ET DE DÉVELOPPEMENT

L'établissement élabore des stratégies innovatrices dans le développement de ses pratiques et dans le partage de son expertise

Évaluation globale de la conformité aux qualités normatives			
Qualité normative	Cote finale	Statut	Niveau de conformité de la norme TFC, C, NC
Documentation	2	Confirmé	Conforme
Actualisation	2	Confirmé	
Adéquation	2	Confirmé	
Légalité	1	<i>Diminué</i>	

Documentation

Au regard du processus n° 5 : Gérer les activités de recherche

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement et le soutient dans son objectif n° 9 inscrit au plan d'amélioration à l'effet de « déterminer les orientations qui encadrent l'organisation de la recherche et de l'enseignement ».

Au regard du processus n° 6 : Innover de façon continue dans les pratiques

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que la documentation en appui à ce processus concerne davantage les programmes et l'offre de service (processus 2). L'équipe visiteuse n'a pas retrouvé, dans la documentation mise à sa disposition lors de la visite, un document qui définit ce qu'est l'innovation dans les pratiques, et permettant de bien distinguer une pratique novatrice des activités régulières de l'établissement. Dans ce sens, elle suggère à l'établissement d'apporter des clarifications qui s'imposent en la matière.

Au regard du processus n° 7 : Gérer les activités d'enseignement

L'équipe visiteuse augmente la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle tient à souligner l'effort déployé par le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* dans les activités d'enseignement, notamment la mise à jour de la politique de gestion des stages de formation pratique en juin 2010 et l'élaboration d'une pochette d'accueil aux stagiaires.

Actualisation

Au regard du processus n° 5 : Gérer les activités de recherche

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a pris connaissance des recherches auxquelles l'établissement contribue, dont celles relatives à l'implantation de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse, l'approche « S'occuper des enfants » (SOCEN) et, l'Étude d'incidence québécoise sur les signalements en protection de la jeunesse (ÉIQ).

Au regard du processus n° 6 : Innover de façon continue dans les pratiques

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a pris connaissance de l'étude sur les besoins des jeunes de 16 à 18 ans et des ajustements relatifs qui seront apportés à l'offre de service pour cette clientèle. Par ailleurs, l'équipe visiteuse suggère l'établissement de prendre d'autres initiatives telles que celles prises pour étudier les besoins des 16- 18 ans dans le but d'initier des pratiques novatrices répondant aux besoins évolutifs de la clientèle.

Adéquation

Au regard du processus n° 7 : Gérer les activités d'enseignement

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que l'accueil des stagiaires a connu une augmentation considérable au cours des trois dernières années suite aux efforts déployés par l'établissement auprès des milieux d'enseignement.

Légalité

Au regard du processus n° 5 : Gérer les activités de recherche

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Afin de se conformer à l'alinéa (a), l'équipe visiteuse recommande à l'établissement d' :

- **adopter un règlement sur l'organisation de la recherche dans l'établissement (alinéa a, art. 106 et 505 (6), LSSSS; art. 6 (9), Règlement sur l'organisation et l'administration.**

Au regard du processus n° 7 : Gérer les activités d'enseignement

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Afin de se conformer à l'alinéa (a), l'équipe visiteuse recommande à l'établissement d' :

- **adopter un règlement sur l'organisation de l'enseignement dans l'établissement (alinéa a, art. 106 et 505 (6), LSSSS; art. 6 (9), Règlement sur l'organisation et l'administration.**

Commentaires généraux

La cote de la norme à la légalité a été diminuée à 1 en raison d'une erreur de calcul faite par l'établissement dans son dossier.

NORME V : LA MOBILISATION ET LA VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES

Le personnel est mobilisé, formé, soutenu et valorisé de manière à contribuer activement, par ses compétences, à la qualité du service rendu aux clientèles

Évaluation globale de la conformité aux qualités normatives

Qualité normative	Cote finale	Statut	Niveau de conformité de la norme TFC, C, NC
Documentation	3	Confirmé	Conforme
Actualisation	3	Confirmé	
Adéquation	2	<i>Diminué</i>	
Légalité	3	Confirmé	

Adéquation

Au regard du processus n° 8 : Définir les engagements de l'établissement ainsi que la philosophie de gestion pour assurer le développement et la mobilisation des ressources humaines

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* dispose de plusieurs moyens pour diffuser la philosophie de gestion et recueillir les attentes du personnel notamment, au moment de la définition des orientations annuelles, des bilans biannuels, des réunions régulières des équipes de travail, des supervisions du personnel ainsi qu'au cours des activités du conseil multidisciplinaire. L'équipe visiteuse soutient l'établissement dans la réalisation de l'objectif n° 14 inscrit à son plan d'amélioration sur l'optimisation des mécanismes de consultation.

Au regard du processus n° 9 : Gérer et valoriser les ressources humaines

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Les équipes d'évaluation soulignent que les règles de fonctionnement portant sur le recrutement et l'embauche du personnel sont connues et appliquées par l'ensemble du personnel. Le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* a consenti des efforts importants pour améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux employés ainsi que le fonctionnement de la liste de rappel. Les équipes d'évaluation témoignent de l'effet bénéfique d'embaucher un conseiller en santé et sécurité au travail sur la présence au travail.

Au regard du processus n° 10 : Encadrer les équipes de travail

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que les mécanismes de collaboration actuellement utilisés entre les services de protection et ceux de la réadaptation interne au *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* requièrent des améliorations et une meilleure communication est souhaitée entre ces deux types de service aux bénéficiaires des interventions auprès des jeunes et de leurs familles.

En conséquence, l'équipe visiteuse recommande au *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* de :

- **se donner un plan d'action visant à bonifier les mécanismes de coordination et de collaboration entre les services psychosociaux et ceux de la réadaptation interne, intégrant les indicateurs de résultats,**

et, en faire rapport au CQA lors du bilan de la 1^{ère} année du plan d'amélioration (janvier 2012).

Commentaires généraux

Au regard du processus n° 11 : Développer les connaissances et les compétences du personnel

L'équipe visiteuse diminue les cotes de l'évaluation effectuée par l'établissement au regard de l'actualisation et de l'adéquation. Elle a constaté une difficulté au niveau de l'utilisation des connaissances reçues lors des formations. En conséquence, l'équipe visiteuse soutient l'établissement dans l'objectif n° 16 inscrit dans son plan d'amélioration et lui recommande de :

- **se donner des mécanismes en vue de favoriser le transfert des connaissances et des compétences dans la pratique professionnelle.**

NORME VI : UNE GESTION EFFICIENTE DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

La gestion des ressources financières, matérielles et informationnelles est pertinente et efficace, au regard des besoins de la clientèle et des orientations stratégiques de l'établissement

Évaluation globale de la conformité aux qualités normatives

Qualité normative	Cote finale	Statut	Niveau de conformité de la norme TFC, C, NC
Documentation	3	Confirmé	Tout à fait conforme
Actualisation	3	Confirmé	
Adéquation	3	Confirmé	
Légalité	3	Confirmé	

Commentaires généraux

Au regard du processus n° 12 : Gérer les ressources financières

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que la planification financière est conforme et respecte les objectifs que s'est donnés l'établissement à cet effet.

Au regard du processus n° 13 : Gérer les ressources matérielles

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle tient à souligner la qualité des installations du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*, l'adaptation et la propreté de ses milieux de vie de façon à satisfaire les besoins des jeunes, des familles et du personnel.

Au regard du processus n° 14 : Gérer les ressources informationnelles

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement et elle encourage le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* dans l'optimisation des différents systèmes informatiques dont il dispose notamment le Projet Intervention Jeunesse (PIJ).

NORME VII : LE PLAN DE COMMUNICATION

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

Évaluation globale de la conformité aux qualités normatives			
Qualité normative	Cote finale	Statut	Niveau de conformité de la norme TFC, C, NC
Documentation	3	Confirmé	Tout à fait conforme
Actualisation	3	Confirmé	
Adéquation	3	Confirmé	
Légalité	3	Confirmé	

Documentation

Au regard du processus n° 15 : Concevoir et mettre en œuvre le plan de communication

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que l'établissement dispose d'un plan de communication mis à jour régulièrement. Le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* est sur le point d'adopter un protocole sur les communications officielles balisant la présentation de toute la documentation du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*.

Au regard du processus n° 16 : Assurer la gestion de la documentation et des informations internes

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement car bien que le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* ait mis en place un système de gestion documentaire administré et tenu à jour, elle a pu constater qu'il ne dispose pas d'une politique globale sur la gestion des informations internes.

En conséquence, l'équipe visiteuse recommande à l'établissement de :

- **se doter d'une politique intégrant les orientations générales quant à la gestion des informations internes.**

Actualisation

Au regard du processus n° 15 : Concevoir et mettre en œuvre le plan de communication

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement car toutes les équipes mentionnent que ce processus est connu et appliqué.

Adéquation

Au regard du processus n° 15 : Concevoir et mettre en œuvre le plan de communication

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a pris connaissance d'un ensemble varié de moyens de communication mis en place pour faire connaître son offre de service notamment, la vidéo corporative « Les racines d'un enfant », les orientations 2008-2012, le plan d'organisation et le rapport annuel.

NORME VIII : LA GESTION DU PERSONNEL ET DES RESSOURCES ASSOCIÉES

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

Évaluation globale de la conformité aux qualités normatives

Qualité normative	Cote finale	Statut	Niveau de conformité de la norme TFC, C, NC
Documentation	3	Confirmé	Conforme
Actualisation	2	<i>Diminué</i>	
Adéquation	2	<i>Diminué</i>	
Légalité	3	Confirmé	

Comparaison des indicateurs portant sur la qualité des liens entretenus avec les RI/RTF du Centre jeunesse du Bas St-Laurent à celui observé dans d'autres établissements (74 questionnaires ont été complétés sur les 136 distribués, d'où un taux de réponse global de 54,41 %)

Indicateurs de la qualité des liens avec les RI/RTF	Résultat %	Limites du résultat		Résultat %	Limites du comparatif	
		Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
Respect	87,90	84,80	91,00	87,26	84,18	89,31
Fiabilité	88,51	85,83	91,19	84,20	82,86	86,35
Soutien	86,69	83,90	89,47	83,52	81,94	84,86
Communication	87,82	85,12	90,52	83,74	82,43	84,45
Implication	89,51	87,33	91,69	84,31	83,63	84,90

Actualisation

Au regard du processus n° 17 : Apprécier la contribution individuelle du personnel

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que l'application de l'appréciation de la contribution individuelle du personnel n'est pas réalisée de façon uniforme dans certaines équipes et directions tel qu'il apparaît sur le bilan de l'application de cette politique au cours des trois dernières années.

Au regard du processus n° 18 : **Superviser et encadrer les intervenants sur le plan clinique**

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement car elle a pu constater que l'application de la supervision n'est pas uniforme entre les différentes directions ou équipes, tel qu'il résulte du bilan de supervision au cours des trois dernières années.

En conséquence, elle recommande à l'établissement de :

- **s'assurer de l'application de la politique de supervision pour l'ensemble du personnel concerné.**

Adéquation

Au regard du processus n° 18 : **Superviser et encadrer les intervenants sur le plan clinique**

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Les mécanismes de suivi ne permettent pas de distinguer l'application spécifique de chacun des processus suivants, appréciation de la contribution et supervision clinique et, d'identifier ainsi les correctifs nécessaires à apporter afin de répondre aux besoins.

En conséquence, l'équipe visiteuse recommande au *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* de :

- **se donner des indicateurs de suivi pour l'application de la politique de supervision distincts des mécanismes d'appréciation de la contribution.**

Commentaires généraux

Au regard du processus n° 19 : **Gérer les ressources intermédiaires et les ressources de type familial**

L'équipe visiteuse diminue les cotes de l'évaluation effectuée par l'établissement au regard de l'actualisation et de l'adéquation. La gestion des ressources de type familial est inégale selon les différents territoires des municipalités régionales de comté (MRC) tout comme la disponibilité des intervenants ressources. De plus, l'équipe visiteuse a constaté des difficultés au niveau de l'encadrement et de l'harmonisation de la gestion de ces ressources sur l'ensemble du territoire du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*.

Les Familles d'Accueil rencontrées ont témoigné de certaines inégalités dans l'application des mesures d'accompagnement et de soutien à leur égard. Malgré le contexte d'application de la Loi 21, ces familles demeurent préoccupées quant à l'accompagnement qui leur est offert ainsi que la disponibilité des intervenants qui leur sont affectés.

En conséquence, l'équipe visiteuse recommande au *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* de :

- **s'assurer d'une gestion standardisée des ressources de type familial basée sur les recommandations du rapport Cloutier;**
- **réviser les mécanismes d'accompagnement et de soutien afin de poursuivre à développer le climat de confiance dans le partenariat avec les ressources de type familial au profit des jeunes**

Au regard du processus n° 20 : Gérer les ressources bénévoles

Ce processus n'a pas été traité dans le cadre de la présente démarche d'agrément. Bien que le CQA ait suggéré au *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* en 2007 de « formaliser des protocoles d'entente de manière à garantir la sécurité et la confidentialité des enfants et des familles » et, l'équipe visiteuse l'invitait à « réfléchir aux possibilités d'une implication des bénévoles dans les différents programmes au profit des jeunes », l'établissement ne dispose pas actuellement d'une orientation permettant d'encadrer ses bénévoles.

Lors de la visite, l'équipe visiteuse a constaté la présence de bénévoles provenant de différents organismes communautaires de diverses municipalités régionales de comté (MRC) qui transportent des jeunes du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*, les accompagnent dans leurs loisirs, surveillent leurs études ou agissent en tant que marraine/parrain.

L'établissement n'a pas formalisé de protocoles d'entente de manière à garantir la sécurité et la confidentialité des enfants ou des familles du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* desservis par les différents bénévoles de la communauté.

L'équipe visiteuse a pris connaissance de l'engagement du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* contenu à son plan d'amélioration de se doter d'une politique d'encadrement de la pratique des bénévoles en relation avec sa clientèle. Cet engagement inclut également de conclure des ententes avec les organismes communautaires desservant la clientèle du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*.

En appui à l'objectif 25 du plan d'amélioration, l'équipe visiteuse recommande au *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* de :

- **formaliser l'orientation sur la pratique des bénévoles au sein du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*,**
- **se donner des mécanismes permettant de s'assurer de la sécurité des clientèles confiées à des bénévoles (accompagnement transport), et, en faire rapport au CQA pour le 30 juin 2011.**

NORME IX : LA QUALITÉ DANS L'ORGANISATION DES PRESTATIONS DE SERVICES

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

Évaluation globale de la conformité aux qualités normatives

Qualité normative	Cote finale	Statut	Niveau de conformité de la norme TFC, C, NC
Documentation	2	<i>Diminué</i>	Conforme
Actualisation	3	Confirmé	
Adéquation	3	Confirmé	
Légalité	2	<i>Diminué</i>	

Documentation

Au regard du processus n° 22 : Gérer les listes d'attente

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement et l'appuie dans la réalisation de l'objectif no. 26 de son plan d'amélioration sur la réalisation d'une procédure quant aux modalités de gestion des délais d'accès pour tous les services du *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent*.

Actualisation

Au regard du processus n° 22 : Gérer les listes d'attente

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Interrogeant le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* sur toutes ses listes d'attentes, l'équipe visiteuse a constaté qu'il existe des listes d'attente uniquement pour le service de psychologie et d'expertise à la Cour supérieure, cela en raison de la difficulté à recruter ces types de professionnels. L'équipe visiteuse appuie l'établissement dans ses différentes démarches entreprises pour recruter ce type de professionnel requis pour ces services spécialisés.

Par ailleurs, l'équipe visiteuse a constaté que certains jeunes sont actuellement hébergés en réadaptation interne dans l'attente de développement de ressources intermédiaires. Le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* vient de ré-ouvrir une ressource intermédiaire et se propose d'ici

peu d'en ajouter une autre une fois les travaux de bonification de son offre de service aux jeunes de 16-18 ans sont finalisés.

Au regard du processus n° 23 : Planifier les interventions et dispenser les services

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Bien que plusieurs personnes aient fait état de faire des plans de service individualisés avec les partenaires, l'équipe visiteuse a constaté qu'un faible pourcentage de plans de service individualisés est inscrit au système Projet Intervention Jeunesse (PIJ).

En conséquence, l'équipe visiteuse recommande à l'établissement de :

- **s'assurer que les plans de services individualisés (PSI) élaborés, soient inscrits dans le système de Projet Intervention Jeunesse (PIJ).**

Adéquation

Au regard du processus n° 23 : Planifier les interventions et dispenser les services

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement car il lui reste à consolider l'application du Plan d'intervention (PI), du Plan de service individualisé (PSI) et du Plan d'intervention à l'intention de la famille d'accueil PIFA.

Au regard du processus n° 24 : Gérer les plaintes et les insatisfactions de la clientèle

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. En plus du traitement des plaintes et des insatisfactions par la commissaire locale, le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* s'est doté d'un instrument pour colliger les informations sur les insatisfactions des usagers par l'entremise des chefs de services des directions des services à la clientèle. Cette cueillette d'informations s'effectue chaque année et fait l'objet d'une présentation au comité de direction, à la commissaire locale aux plaintes, au comité des usagers et au comité de vigilance et de la qualité.

Légalité

Au regard du processus n° 24 : Gérer les plaintes et les insatisfactions de la clientèle

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Ayant constaté que le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* a des pédopsychiatres œuvrant au sein des unités de réadaptation, elle considère que l'application légale relative à la procédure d'examen applicable à une plainte concernant un médecin s'applique à l'établissement et n'est pas actuellement rencontrée.

En conséquence, l'équipe visiteuse recommande à l'établissement de :

- **établir la procédure d'examen applicable à la plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident;**
- **assurer le transfert, sans délai, de la plainte au médecin examinateur, le cas échéant (alinéa g, art. 34, LSSSS).**

Commentaires généraux

Au regard du processus n° 21 : Accueillir, traiter et orienter les demandes de services

L'équipe visiteuse diminue les cotes de l'évaluation effectuée par l'établissement à la documentation et à l'adéquation. Elle a constaté que le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* ne dispose pas d'une orientation générale ni de procédures concernant l'accès aux services de placement en ressources de type familial ou en ressources intermédiaires, de réadaptation interne ou de réadaptation externe. Bien que la réadaptation interne ait précisé certains paramètres dans son offre de service, le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* gagnerait à clarifier les critères et les mécanismes d'accès à toutes ses ressources d'hébergement afin d'assurer une meilleure standardisation des pratiques au profit de la clientèle.

En conséquence, l'équipe visiteuse recommande à l'établissement de :

- **clarifier les critères d'orientation des usagers vers le service adéquat et, les diffuser au personnel;**
- **se doter de mécanismes nécessaires pour s'assurer de l'application uniforme du processus d'accueil et de traitement des demandes de service.**

NORME X : LA SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS

La sécurité des interventions dispensées auprès de la clientèle est garantie par le respect et l'application optimale des différents cadres de références reconnus qui les balisent

Évaluation globale de la conformité aux qualités normatives

Qualité normative	Cote finale	Statut	Niveau de conformité de la norme TFC, C, NC
Documentation	3	Confirmé	Tout à fait conforme
Actualisation	3	Confirmé	
Adéquation	3	Confirmé	
Légalité	3	Confirmé	

Actualisation

Au regard du processus n° 25 : Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Bien que le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* ait développé des outils cliniques depuis le dernier agrément et les ait implantés, l'équipe visiteuse a constaté, suite à ses rencontres avec les équipes d'évaluation, que l'actualisation de ces outils est à parfaire dans le cadre d'un processus de transfert des connaissances.

Adéquation

Au regard du processus n° 25 : Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique

L'équipe visiteuse diminue la cote de l'évaluation effectuée par l'établissement. Elle a constaté que certains besoins ne sont pas couverts, notamment en ce qui concerne les guides rédigés à l'intention des intervenants en ressources de type familial et les intervenants en évaluation sous la Loi de la protection jeunesse (LPJ).

L'équipe visiteuse appuie l'établissement dans son orientation d'encadrer et de supporter l'utilisation des protocoles et des outils cliniques, ainsi qu'au niveau de la révision des mesures de contrôle et des indicateurs de suivi (objectif n° 29).

Au regard du processus n° 26 : Assurer la prestation d'interventions sécuritaires pour les clientèles et le personnel

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement au regard de ce processus. Elle tient à souligner les efforts consentis par le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* depuis le dernier agrément au regard de ce processus. Ainsi, l'établissement a procédé à toutes les transformations recommandées par le CQA en 2007 dans les unités internes ayant trait à la sécurité des jeunes. De plus, le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* s'est doté d'un plan de mesures d'urgence (PMU) pour chaque unité ou point de service. Une inspection générale au regard de la sécurité et de la confidentialité des installations a été complétée telle que décrit dans le suivi du plan d'amélioration 2008-2011. Le comité de gestion des risques assume un leadership au sein de l'établissement en ce qui a trait aux mesures préventives et correctives découlant des rapports incidents/accidents.

SECTION 4

La capacité d'amélioration

L'établissement *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* maîtrise les six qualités normatives sous l'angle de la capacité d'amélioration.

Tableau synoptique de l'évaluation des qualités normatives

Qualité normative	Cote	Statut	Niveau de maîtrise
Disponibilité de l'information	2	Confirmé	Maîtrisé
Pertinence de l'analyse	2	<i>Diminué</i>	
Pertinence du plan d'amélioration	3	Confirmé	
Réalisme du plan d'amélioration	3	Confirmé	
Capacité d'adaptation	3	Confirmé	
Capacité de mise en œuvre	3	Confirmé	

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

Appréciation des écarts dans l'évaluation de la capacité d'amélioration

La disponibilité de l'information

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* s'est doté d'une planification et de suivi d'orientations qui permettent de mettre à la disposition des gestionnaires une information sur les services à offrir. Elle considère qu'il serait toutefois nécessaire de compléter l'identification d'indicateurs permettant à l'établissement de couvrir l'ensemble de ses activités notamment, celles en lien avec ses objectifs d'amélioration inscrits dans son plan.

La pertinence de l'analyse

L'équipe visiteuse diminue l'évaluation effectuée par l'établissement. L'équipe visiteuse a constaté que l'évaluation des processus a été souvent surévaluée. Elle considère que l'analyse aurait été plus riche voire exhaustive si elle avait été soutenue par des justifications plus élaborées de la part des gestionnaires concernés.

La pertinence du plan d'amélioration

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Les objectifs d'amélioration tiennent compte des éléments contenus au plan d'amélioration précédent n'ayant pas été réalisés, des développements prévisibles de l'organisation des services aux jeunes et à leurs familles, ainsi que des pistes d'amélioration identifiées tant par le gestionnaire que par les équipes d'évaluation. Quant aux stratégies de réalisation, celles-ci sont en continuité avec les plans d'action annuels établis par l'établissement.

Le réalisme du plan d'amélioration

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement car elle a pu constater que l'établissement dispose des ressources et d'une mobilisation suffisante de son personnel pour la réalisation de son plan d'amélioration.

La capacité d'adaptation

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Le *Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent* a su démontrer au cours des dernières années sa capacité à relever des défis et a ajusté son offre de services aux changements environnementaux, législatifs et internes.

La capacité de mise en œuvre

L'équipe visiteuse confirme l'évaluation effectuée par l'établissement. Après avoir pris connaissance du suivi du plan d'amélioration 2008 – 2011 et du degré de réalisation des recommandations formulées lors de l'agrément précédent, l'équipe visiteuse a pu constater que ceux-ci ont été réalisés dans une bonne proportion, de même que les recommandations issues des visites ministérielles et, des divers audits externes dont celui de l'Agence régionale.

Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 29 novembre 2007

Recommandation	Bilan de réalisation
<p>Concernant la détermination et la configuration des programmes et services à offrir</p> <p>Formaliser les programmes existants.</p>	Réalisé à 100 %
<p>Concernant l'information de la clientèle et de la communauté sur l'offre de service de l'établissement</p> <p>Clarifier les procédures et les mécanismes employés pour transmettre l'information sur son offre de service (gamme et configuration des services, conditions d'accès et autres modalités) à la clientèle, aux partenaires et à la population (processus 5)</p> <p>Se doter de stratégies formelles de suivi régulier en vue de s'assurer de leur efficacité</p> <p>Distinguer l'information de la clientèle des mécanismes de communication interne dans les services (processus 19).</p>	<p>Réalisé à 100 %</p> <p>Réalisé à 100 %</p> <p>Réalisé à 100 %</p>
<p>Concernant la supervision des intervenants sur le plan clinique</p> <p>Se doter d'une politique de supervision permettant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • clarifier l'objet de la supervision, la fréquence des supervisions, les rôles et responsabilités des acteurs de la supervision et les modalités de sa mise en œuvre • mettre en place des dispositifs de formation adéquats pour les superviseurs • se donner des mécanismes de suivi permettant de s'assurer de son application 	<p>Réalisé à 60 %</p> <p>Réalisé à 100 %</p> <p>Réalisé à 50 %</p>
<p>Concernant l'accueil des demandes de services</p> <p>Revoir, avant le 30 juin 2008, son mécanisme 24/7 de réception des signalements en dehors des heures régulières d'ouverture, de manière à garantir la sécurité et la confidentialité des signalants et des enfants et en faire rapport au Conseil québécois d'agrément.</p>	Réalisé à 100 %
<p>Concernant la gestion des ressources humaines</p> <p>Mettre en œuvre une vision et des mécanismes d'intégration des différentes fonctions de gestion : supervision, évaluation et formation.</p> <p>Se donner des mécanismes permettant de s'assurer de la grande cohésion dans la mise en œuvre de l'ensemble des orientations, des politiques et des responsabilités de gestion par les cadres intermédiaires.</p> <p>Se doter de stratégies proactives et diversifiées de recrutement et de rétention du personnel.</p>	<p>Réalisé à 100 %</p> <p>Réalisé à 70 %</p> <p>Réalisé à 100 %</p>

Recommandation	Bilan de réalisation
<p>Concernant l'évaluation de la contribution du personnel</p> <p>Appliquer le processus d'évaluation de la contribution à l'ensemble du personnel, dans le respect de l'échéancier fixé.</p> <p>Intégrer les mécanismes de suivi aux dispositifs de formation et de supervision.</p> <p>Former les chefs de services à l'application de ce processus et leur donner les habiletés pour en faire le suivi, notamment dans le cadre de la supervision de leur personnel.</p>	<p>Réalisé à 80 %</p> <p>Réalisé à 70 %</p> <p>Réalisé à 100 %</p>
<p>Concernant le développement des connaissances et des compétences du personnel</p> <p>Élaborer, mettre en œuvre et assurer le suivi d'un mécanisme visant le transfert et l'application des acquis de formation dans la pratique.</p>	<p>Réalisé à 50 %</p>
<p>Concernant la gestion des ressources matérielles</p> <p>Procéder, avant le 31 mars 2008, aux transformations dans les unités d'hébergement interne, sur les éléments ayant trait à la sécurité des jeunes (notamment dans les salles de bain : pommes de douche et supports de rideaux de douche), et en faire rapport au Conseil québécois d'agrément.</p> <p>Mettre en œuvre, avant le 31 décembre 2008, le Plan de mesures d'urgence, et en faire rapport au Conseil québécois d'agrément.</p> <p>Réaliser, avant le 30 juin 2008, une inspection générale de l'établissement au regard de la sécurité et de la confidentialité des installations, et élaborer un plan d'action, et en faire rapport au Conseil québécois d'agrément.</p>	<p>Réalisé à 100 %</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, l'équipe visiteuse considère qu'il a été réalisé dans une proportion de 80%.