ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA
Qmentum

# Rapport de visite

## Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

Cap-aux-Meules, QC

**Séquence 5**

Dates de la visite d'agrément : 6 au 9 septembre 2022

Date de production du rapport : 18 octobre 2022

# Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en septembre 2022. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

# Confidentialité

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

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

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

Droits d'auteur © 2022 Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés. Toute utilisation, reproduction et autre exploitation du présent document est soumise aux conditions générales convenues entre votre organisme et Agrément Canada pour le Programme d'évaluation. Toute autre utilisation est interdite

# Table des matières

**Sommaire** 1

Au sujet de la visite d'agrément 2

Analyse selon les dimensions de la qualité 3

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation 4

Aperçu par pratiques organisationnelles requises 5

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs 9

**Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises** 11

**Résultats détaillés de la visite** 12

Résultats pour les manuels d'évaluation 13

Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services 13

Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 18

Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 22

Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 26

**Annexe A - Programme Qmentum** 29

# Sommaire

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

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

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

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

# Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 6 au 9 septembre 2022**

- **Emplacements**

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

  1. CHSLD Eudore-LaBrie
  2. CLSC de Cap-aux-Meules
  3. CLSC de l'Est
  4. Hôpital de l'Archipel

- **Manuels d'évaluation**

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

  1. Soutien à l’autonomie des personnes âgées

## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

| Dimension de la qualité | Conforme | Non Conforme | S.O. | Total |
|---|---|---|---|---|
|  Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.) | 1 | 1 | 0 | 2 |
|  Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.) | 20 | 2 | 0 | 22 |
|  Sécurité (Assurez ma sécurité.) | 102 | 7 | 0 | 109 |
|  Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.) | 8 | 1 | 0 | 9 |
|  Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.) | 103 | 13 | 4 | 120 |
|  Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.) | 12 | 1 | 0 | 13 |
|  Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.) | 77 | 21 | 4 | 102 |
|  Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.) | 1 | 0 | 0 | 1 |
| **Total** | **324** | **46** | **8** | **378** |

# Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

| Manuel(s) d'évaluation<br>Chapitre(s) | Critères à priorité élevée * | | | Autres critères | | | Tous les critères (Priorité élevée + autres) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Conforme | Non Conforme | S.O. | Conforme | Non Conforme | S.O. | Conforme | Non Conforme | S.O. |
| | Nbre (%) | Nbre (%) | Nbre | Nbre (%) | Nbre (%) | Nbre | Nbre (%) | Nbre (%) | Nbre |
| **Soutien à l'autonomie des personnes âgées** | | | | | | | | | |
| Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services | 28 (70,0%) | 12 (30,0%) | 0 | 36 (75,0%) | 12 (25,0%) | 0 | 64 (72,7%) | 24 (27,3%) | 0 |
| Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) | 38 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 52 (83,9%) | 10 (16,1%) | 1 | 90 (90,0%) | 10 (10,0%) | 1 |
| Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) | 35 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 35 (97,2%) | 1 (2,8%) | 6 | 70 (98,6%) | 1 (1,4%) | 6 |
| Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie | 28 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 47 (87,0%) | 7 (13,0%) | 1 | 75 (91,5%) | 7 (8,5%) | 1 |
| **Total** | 129 (91,5%) | 12 (8,5%) | 0 | 170 (85,0%) | 30 (15,0%) | 8 | 299 (87,7%) | 42 (12,3%) | 8 |
| **Total** | **129 (91,5%)** | 12 (8,5%) | 0 | 170 (85,0%) | 30 (15,0%) | 8 | 299 (87,7%) | 42 (12,3%) | 8 |

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité |
|---|---|---|
| **But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité** | | |
| Mécanisme de déclaration des événements indésirables<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services) | Non Conforme | 6 sur 7 |
| **But en matière de sécurité des patients : Communication** | | |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)) | Conforme | 4 sur 4 |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)) | Conforme | 4 sur 4 |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie) | Conforme | 4 sur 4 |
| Identification des usagers<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)) | Conforme | 1 sur 1 |
| Identification des usagers<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)) | Conforme | 1 sur 1 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité |
|---|---|---|
| **But en matière de sécurité des patients : Communication** | | |
| Identification des usagers<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie) | Conforme | 1 sur 1 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)) | Non Conforme | 4 sur 5 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)) | Non Conforme | 4 sur 5 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie) | Non Conforme | 4 sur 5 |
| **But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments** | | |
| Formation sur les pompes à perfusion<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services) | Conforme | 6 sur 6 |
| **But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail** | | |
| Prévenir la congestion au service des urgences<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)) | Conforme | 8 sur 8 |
| Prévenir la congestion au service des urgences<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)) | Conforme | 8 sur 8 |
| Prévenir la congestion au service des urgences<br>(Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie) | Conforme | 8 sur 8 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité |
|---|---|---|
| **But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections** | | |
| Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)) | Conforme | 3 sur 3 |
| Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)) | Conforme | 3 sur 3 |
| Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie) | Conforme | 3 sur 3 |
| Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)) | Conforme | 1 sur 1 |
| Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)) | Conforme | 1 sur 1 |
| Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie) | Conforme | 1 sur 1 |
| **But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques** | | |
| Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)) | Conforme | 5 sur 5 |
| Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)) | Conforme | 5 sur 5 |
| Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)) | Conforme | 5 sur 5 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité |
|---|---|---|
| **But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques** | | |
| Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)) | Conforme | 5 sur 5 |
| Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie) | Conforme | 5 sur 5 |
| Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)) | Conforme | 8 sur 8 |
| Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie) | Conforme | 8 sur 8 |
| Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)) | Conforme | 6 sur 6 |
| Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie) | Conforme | 3 sur 3 |

# Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre intégré de santé et des services sociaux des Îles a pour mission le mieux-être et la santé de la population des Îles-de-la-Madeleine, par le développement et la mise en place d'une gamme de soins et de services de qualité, accessibles, continus, sécuritaires et complémentaires, et ce, en partenariat avec les autres établissements et organismes présents sur le territoire, ainsi qu'avec les services spécialisés et ultraspécialisés régionaux et nationaux.

La sécurité et la qualité des soins et des services dispensés à l'usager occupent une place de choix au sein de l'établissement. C'est dans cette perspective que le CISSS des Îles amorçait, le 6 septembre dernier, sa visite d'agrément pour les programmes-clientèles Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

Cette visite a permis d'apprécier le niveau de conformité des processus et des pratiques en place en fonction des normes et pratiques de gestion reconnues au regard de l'excellence (chapitre 1) et de l'organisation des soins et des services de santé (chapitres 2, 5, 6). Six grands thèmes ont été analysés à savoir : la gouvernance, les relations avec la communauté et les partenariats établis, la gestion des ressources, la gestion du capital humain, la prestation des soins et services sécuritaire et l'expérience des usagers.

Il convient de dresser une synthèse de chacun de ces thèmes afin d'avoir un aperçu global des observations et des constatations observées au cours de la visite.

1) La gouvernance : L'équipe de direction est dynamique, engagée et mobilisée dans le processus d'amélioration continue. L'établissement met tout en œuvre afin de stabiliser l'équipe de gestion. L'équipe est soucieuse de mettre en place des processus assurant la sécurité et la qualité des services.

2) Les relations avec la communauté et les partenariats : Le partenariat avec les acteurs de la communauté en ce qui concerne la clientèle SAPA est bien implanté. Une table des partenaires est animée par l'établissement. La satisfaction des partenaires dans les modes de collaboration est positive. Les enjeux et les pistes d'amélioration sont discutés dans un esprit de collaboration afin d'améliorer les services pour les usagers et les familles.

3) La gestion des ressources : Cette visite ne s'attardait pas sur processus de gestion des ressources. Toutefois, il a été possible de constater les efforts mis de l'avant par l'établissement dans l'informatisation. Une attention particulière devrait être portée sur la gestion du dossier clinique afin d'éviter le morcellement et la double saisie.

4) La gestion du capital humain : Cette visite ne ciblait pas le processus de gestion du capital humain. Toutefois, les efforts importants mis de l'avant afin de stabiliser la main-d'œuvre ont été notés. Plusieurs actions ont été développées afin d'accroître l'attraction du personnel. Afin de favoriser la rétention du personnel existant, l'établissement est invité à revoir son processus d'intégration (ex. : programme d'accueil et d'orientation/intégration). Ces actions auront un impact positif tant sur la main-d'œuvre que sur l'intégration de la main-d'œuvre indépendante.

5) La prestation des soins et services sécuritaire : L'équipe de gestion connaît bien les enjeux de la population et elle demeure à l'écoute des besoins; elle propose des modalités diversifiées et adaptées aux besoins des usagers et des familles. La trajectoire de l'usager est fluide et une collaboration est présente entre les différents intervenants tout au long de son parcours. Les liens entre le volet hospitalier, le soutien à domicile, l'hébergement et les organismes communautaires sont clairs et permettent une réponse aux besoins de l'usager au moment opportun.

La sécurité des soins et services et la volonté d'implanter une culture d'amélioration continue sont au cœur de leur engagement du programme. Dans cette perspective, l'établissement a amorcé une démarche de révision de ces politiques et procédures. L'établissement est encouragé à finaliser cette démarche et à mettre en place des mécanismes d'évaluation et de diffusion de ces politiques et procédures en partenariat avec les intervenants, les bénévoles, les usagers et leur famille.

6) L'expérience des usagers : Les usagers et les familles rencontrés se disent satisfaits des soins et des services dispensés. Ces derniers sont bien informés et impliqués dans la mise en place de leurs soins et services. Lorsque des problématiques sont identifiées, elles sont rapidement traitées. Dans une perspective d'amélioration continue, l'établissement est encouragé à développer l'approche usager partenaire qui pourra accompagner l'organisation dans ses réflexions et ses enjeux de prestations de services.

# Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

| Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité | Manuel(s) d'évaluation |
|---|---|
| **But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité** | |
| **Mécanisme de déclaration des événements indésirables**<br>Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place. | · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services 1.6.1 |
| **But en matière de sécurité des patients : Communication** | |
| **Transfert de l'information aux points de transition des soins**<br>L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. | · Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis) 2.1.76<br>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits) 5.1.49<br>· Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie 6.1.56 |

# Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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




Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

# Résultats pour les manuels d'évaluation

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

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 1 - Excellence des services

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Chapitre 1 - Excellence des services** | | |
| 1.1.1 | Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté. | ! |
| 1.1.2 | Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 1.1.4 | L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles. | |
| 1.1.5 | Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles. | |
| 1.2.8 | Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 1.2.9 | L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes. | |
| 1.2.11 | Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 1.3.1 | La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles. | ! |
| 1.3.5 | De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique. | |
| 1.3.9 | De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie. | ! |
| 1.3.10 | Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive. | ! |
| 1.3.17 | L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées. | |

| | | |
|---|---|---|
| 1.4.1 | Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille. | ! |
| 1.5.1 | Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts. | ! |
| 1.5.2 | La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires. | |
| 1.5.3 | Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires. | ! |
| 1.5.4 | Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles. | ! |
| 1.5.5 | Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles. | ! |
| 1.5.10 | Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles. | ! |
| 1.5.20 | Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme. | ! |
| 1.5.21 | L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin. | |
| 1.5.22 | Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 1.6.1 | Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place. | POR |

| | | |
|---|---|---|
| 1.6.1.7 | L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles.<br><br>Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place.<br>Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité.<br>Examiner si les améliorations sont mises en oeuvre et maintenues.<br>Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements. | |
| 1.7.3 | L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées. | |
| 1.7.11 | Les résultats des activités d'amélioration de la qualité de l'organisme sont communiqués à grande échelle, s'il y a lieu. | ! |

**Commentaires des visiteurs**

**Chapitre 1 - Excellence des services**

L'équipe de direction est dynamique, engagée et mobilisée dans le processus d'amélioration continue. L'établissement met tout en œuvre afin de stabiliser l'équipe de gestion. L'équipe est soucieuse de mettre en place des processus assurant la sécurité et la qualité des services.

Le partenariat avec les acteurs de la communauté en ce qui concerne la clientèle Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) est bien implanté. Une table des partenaires est animée par l'établissement. La satisfaction des partenaires dans les modes de collaboration est positive. Les enjeux et les pistes d'amélioration sont discutés dans un esprit de collaboration afin d'améliorer les services pour les usagers et les familles.

Les équipes travaillent selon une approche collaborative avec l'usager et sa famille dans la prestation de soins en considérant les besoins et souhaits en matière de soutien à domicile. L'établissement est à l'écoute de la situation de l'usager et lui propose des services qui correspondent à sa situation. L'établissement met en place des modalités de collaboration inter direction efficaces afin de faciliter la réponse aux besoins des usagers ayant des problématiques multiples.

Il n'existe pas de processus formel pour impliquer l'usager et sa famille dans la planification des services et dans la prise de décision. Il serait facilitant que l'établissement puisse mettre en place un processus qui sollicite l'apport des usagers et des familles dans différentes sphères de l'amélioration de la qualité des services. L'établissement est encouragé l'organisme à développer l'approche usager partenaire qui pourra accompagner l'organisation dans ses réflexions et ses enjeux de prestations de services.

L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts dans le développement d'une culture de sécurité. Plusieurs politiques et procédures sont mises en place afin d'assurer la sécurité et la qualité des services. La réalisation d'audits qui met en lumière les pistes d'amélioration facilitant l'élaboration de plans d'action est digne de mention.

La diffusion des résultats aux équipes est un aspect à prioriser afin de mobiliser le personnel dans la démarche d'amélioration continue.

La pénurie de main-d'œuvre est un enjeu important au sein de l'établissement. La contribution de la main-d'œuvre indépendante apporte son lot de défis tant pour l'équipe de gestion que pour les employés. Un programme d'orientation complet n'est pas offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles. L'établissement devra mettre en place les actions nécessaires afin d'élaborer un programme d'orientation pour le personnel. Ces actions auront un impact positif sur le recrutement et la rétention du personnel. Une attention particulière sera nécessaire sur la main-d'œuvre indépendante dans le processus d'intégration.

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, la mise en place d'un processus structuré afin d'apprécier la contribution du personnel fera également une différence auprès des employés. L'établissement est encouragé à prioriser ces actions afin d'accompagner les membres du personnel dans leur développement professionnel.

Les membres du personnel ont accès à des formations selon leurs besoins afin de les soutenir dans leur prestation de soins.

L'information au dossier de l'usager n'est pas facile à retrouver et à reconnaître. L'organisation de l'information ne facilite pas son utilisation. Une harmonisation et une standardisation de l'organisation des dossiers sont souhaitables pour faciliter la consultation. De plus, il est recommandé à l'établissement de viser une démarche afin de centraliser l'information contenue au dossier et éviter la tenue de dossiers parallèles.

L'établissement met tous les efforts dans la révision et l'élaboration des politiques et procédures dans une démarche d'amélioration continue. L'équipe de gestion en collaboration avec les équipes est encouragée à finaliser cette démarche pour être en mesure, par la suite, d'établir des mécanismes d'évaluation des politiques et procédures mises en place. Il est également recommandé à l'établissement d'optimiser des mécanismes de communication efficaces auprès des usagers, des familles et des membres du personnel.

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 2 - Soins et services de longue durée (usagers admis)

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis)** | | |
| 2.1.5 | De la formation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur le recours sécuritaire et approprié aux mesures de contrôle (contention, isolement, substances chimiques). | |
| 2.1.12 | Les résidents et les proches aidants sont informés du membre de l'équipe qui est responsable de la coordination de leurs services et de la façon de joindre cette personne. | |
| 2.1.62 | L'environnement physique est conçu avec l'apport des résidents et des proches aidants; il est sécuritaire, confortable et offre une ambiance chaleureuse. | |
| 2.1.66 | Les résidents participent à la planification du menu. | |
| 2.1.76 | L'information pertinente aux soins dispensés au résident est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.<br>2.1.76.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des résidents) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information demander aux résidents, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des résidents). | POR |
| 2.1.77 | L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des résidents et des proches aidants. | |
| 2.3.6 | Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers. | |
| 2.3.7 | Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments. | |

| | | |
|---|---|---|
| 2.3.8 | Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée. | |
| 2.3.9 | Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires. | |
| 2.3.10 | Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris. | |

**Commentaires des visiteurs**

**Chapitre 2 – Soins et services de longue durée (usagers admis)**

L'équipe de gestion des soins de longue durée est mobilisée dans la prestation des soins et services. La sécurité des services et la volonté d'implanter une culture d'amélioration continue sont au cœur de leur engagement. L'établissement fait face à une instabilité de l'équipe de gestion, cependant toutes les actions sont mises en œuvre pour rétablir la situation.

La communication avec les usagers et les familles est ouverte et transparente. Il est facile pour les usagers et les familles de communiquer avec l'équipe soignante pour faire part de leurs préoccupations. Le partenariat avec l'usager et sa famille est établi. L'établissement est encouragé à saisir les occasions d'échanges avec le comité des résidents dans une perspective de consultation et de concertation en ce qui a trait aux processus mis en place en soins de longue durée.

Des politiques et procédures sont en cours de révision et d'élaboration afin d'assurer la sécurité des soins. L'établissement est encouragé à mettre en place des mécanismes de diffusion auprès des membres du personnel dans un objectif de consolidation et d'appropriation des outils.

L'établissement a mis en place un processus d'audit structuré et bien documenté. Toutefois, il conviendrait de mettre en place des modes de communications auprès des équipes afin de faire connaître les résultats et ainsi favoriser le développement d'une culture d'amélioration continue. Des audits aux points de transition pourraient s'ajouter à l'ensemble du processus.

La pénurie de main-d'œuvre apporte des défis à l'établissement dans l'accueil, l'orientation et l'intégration de ses nouvelles ressources au sein des équipes de travail. L'établissement aura à prioriser la mise en place d'un programme d'intégration afin de faciliter le recrutement, la rétention et l'accueil de ses nouvelles ressources par les équipes soignantes en place. Le contexte nécessite un accompagnement et une gestion de changement de cette nouvelle réalité de pénurie de main-d'œuvre.

Le personnel soignant est engagé et dévoué à la clientèle. Il est soucieux d'offrir des services de qualité et de répondre aux besoins des usagers.

Le personnel a accès à des formations planifiées annuellement. Une formation sur les mesures de contrôles répondrait aux besoins du personnel dans le respect de la politique.

L'approche en soins palliatifs pourrait être bonifiée par la planification de formation pour le personnel.

L'établissement est invité à communiquer les éléments en matière d'éthique par des activités de sensibilisation auprès du personnel sur les questions d'éthique.

L'équipe de soins sollicite la participation de l'usager et de ses proches au moment de réviser les plans d'intervention. Leur présence est fortement encouragée.

L'établissement est encouragé à poursuivre ses actions visant à mettre en place un programme d'accueil, d'orientation et d'intégration des intervenants du soutien à domicile (SAD).

Les services de centre de jour sont intégrés dans la trajectoire. Un programme d'accueil pour les nouveaux employés est élaboré et les liens avec les intervenants du soutien à domicile sont efficaces et fluides pour la réponse aux besoins de l'usager et de sa famille.

Le processus d'admission est structuré et la contribution de chaque membre de l'équipe est bien documentée.

L'harmonisation des dossiers des usagers pourrait faciliter la consultation et la continuité informationnelle. L'établissement est encouragé à mettre des actions en place afin de standardiser le classement de l'information qui s'y trouve.

L'équipe soignante ajuste ses interventions en fonction des demandes et du rythme des usagers, l'approche Milieu de vie est observée.

Les usagers et les familles mentionnent qu'ils sont satisfaits des services. La communication est facile et ils ont réponse à leurs demandes. L'implantation de l'intervenant répondant pourra bonifier et faciliter les communications lorsque cette action sera réalisée.

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 5 - Soutien à domicile (usagers inscrits)

| Critère non respecté | | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|---|
| **Chapitre 5 – Soutien à domicile (usagers inscrits)** | | | |
| 5.1.49 | L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. | | POR |
| | 5.1.49.5 | L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). | |
| 5.1.50 | L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des proches aidants. | | |
| **Commentaires des visiteurs** | | | |
| **Chapitre 5 – Soutien à domicile (usagers inscrits)** | | | |

L’équipe de gestion du soutien à domicile connaît bien les enjeux de la population. Elle s’efforce de demeurer à l’écoute des besoins et propose des modalités de soutien à domicile diversifiées et adaptées aux besoins des usagers et des familles. Les membres du personnel se sentent soutenus et une communication franche et transparente est établie.

Les partenariats sont bien établis avec la communauté. En effet, il existe des mécanismes de communication avec l’ensemble des organismes communautaires afin de cerner les enjeux, les obstacles et les pistes de développement en matière de soutien à domicile. Une table SAPA réunissant tous les acteurs concernés par les aînés est active et coordonnée par le CISSS des Îles.

La culture de sécurité est implantée au soutien à domicile. L’évaluation des risques à domicile est

documentée et des outils de communication sont élaborés pour assurer la sécurité du personnel et de l'usager dans la prestation de services. Il existe un processus d'identification des risques organisationnels, toutefois l'équipe du soutien à domicile est encouragée à entreprendre une démarche d'identification des risques propres au programme en collaboration avec le personnel et un usager partenaire afin d'élaborer un plan d'action avec des objectifs précis et mesurables.

L'établissement a mis en place un processus d'audit structuré et bien documenté. Toutefois, il est recommandé à l'établissement de mettre en place des modes de communications auprès des équipes afin de faire connaître les résultats et ainsi favoriser le développement d'une culture d'amélioration continue.

Les enjeux de main-d'œuvre sont aussi présents au sein des équipes de soutien à domicile. Les employés sont dynamiques, engagés et sont au rendez-vous pour accompagner l'usager et ses proches dans leur parcours de soins. L'équipe n'hésite pas à mettre en place des actions créatrices et innovantes pour répondre aux besoins spécifiques de la clientèle. L'établissement est invité à réfléchir à la mise en place de mesures de soutien cliniques auprès des professionnels afin de favoriser leur rétention et leur développement professionnel.

L'accès à des activités de formation est facilité et encouragé par l'équipe de gestion, assurant ainsi le maintien et le développement des compétences du personnel.

La trajectoire de l'usager est fluide et une collaboration est présente entre les différents intervenants tout au long de son parcours. Les liens entre le volet hospitalier, le soutien à domicile et les organismes communautaires sont clairs et permettent une réponse aux besoins de l'usager au moment opportun.

L'établissement est encouragé à poursuivre ses actions en vue de mettre en place un programme d'accueil, d'orientation et d'intégration des intervenants du soutien à domicile (SAD).

Les services de centre de jour sont intégrés dans la trajectoire. Un programme d'accueil pour les nouveaux employés est élaboré et les liens avec les intervenants du soutien à domicile sont efficaces et fluides pour la réponse aux besoins de l'usager et de sa famille.

Une approche de collaboration interprofessionnelle centrée sur les besoins de l'usager et de ses proches est observée. Les modes de communications informelles sont efficaces par la proximité des intervenants du soutien à domicile. Il convient de porter à l'attention de l'organisme la nécessité de mettre en place un système d'information qui permettra une tenue de dossier accessible et harmonisée.

L’approche de l’équipe de soutien à domicile est axée sur l’autonomie de l’usager. Celle-ci favorise le maintien des capacités et accompagne l’usager et sa famille dans leur souhait de demeurer à domicile le plus longtemps possible. De multiples modalités sont proposées et mises en place pour répondre à l’ensemble des besoins, et ce, toujours en partenariat avec la famille. L’usager et sa famille sont impliqués dans la prise de décision et la prestation des soins.

L’établissement met en place les mesures nécessaires pour assurer un accès aux services tout en évitant les recours à l’urgence. La garde 24/7 infirmière et médicale est un excellent exemple du souci de l’établissement d’accompagner les usagers dans leur parcours de soins à domicile.

## Manuel d'évaluation - SAPA - Chapitre 6 - Soins palliatifs et de fin de vie

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie** | | |
| 6.1.30 | Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des proches aidants. | |
| 6.1.56 | L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.<br>6.1.56.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). | POR |
| 6.1.57 | L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des proches aidants. | |
| 6.3.6 | Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers. | |
| 6.3.7 | Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments. | |
| 6.3.8 | Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée. | |
| 6.3.9 | Chaque usager qui procède à l'auto-administration de médicaments bénéficie de l'enseignement et de la supervision nécessaires. | |
| 6.3.10 | Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris. | |

## Commentaires des visiteurs

### Chapitre 6 – Soins palliatifs et de fin de vie

L'équipe de gestion du soutien à domicile connaît bien les enjeux de la population. Elle s'efforce de demeurer à l'écoute des besoins et propose des modalités de soutien à domicile diversifiées et adaptées aux besoins des usagers et des familles en soins palliatifs. Les membres du personnel se sentent soutenus et une communication franche et transparente est établie.

Les partenariats sont bien établis avec la communauté. En effet, il existe des mécanismes de communication avec l'ensemble des organismes communautaires afin de cerner les enjeux, les obstacles et les pistes de développement en matière de soutien à domicile. Une table SAPA réunissant tous les acteurs concernés par les aînés est active et coordonnée par le CISSS des Îles. La contribution des bénévoles pour les usagers en soins palliatifs démontre les liens significatifs que le CISSS des Îles maintient afin d'assurer une réponse adaptée aux besoins populationnels.

La culture de sécurité est implantée au soutien à domicile. L'évaluation des risques à domicile est documentée et des outils de communication sont élaborés pour assurer la sécurité du personnel et de l'usager dans la prestation de services. Il existe un processus d'identification des risques organisationnels, toutefois l'équipe du soutien à domicile est encouragée à entreprendre une démarche d'identification des risques propres au programme en collaboration avec le personnel et un usager partenaire afin d'élaborer un plan d'action avec des objectifs précis et mesurables.

L'établissement a mis en place un processus d'audit structuré et bien documenté. Toutefois, l'établissement est encouragé à mettre en place des modes de communications auprès des équipes afin de faire connaître les résultats et ainsi favoriser le développement d'une culture d'amélioration continue.

Les enjeux de main-d'œuvre sont aussi présents au sein des équipes de soutien à domicile. Les employés sont dynamiques, engagés et sont au rendez-vous pour accompagner l'usager et ses proches dans leur parcours de soins. L'équipe n'hésite pas à mettre en place des actions créatrices et innovantes pour répondre aux besoins spécifiques de la clientèle. L'établissement est encouragé à réfléchir à la mise en place des mesures de soutien cliniques auprès des professionnels afin de favoriser leur rétention et leur développement.

La pénurie de main-d'œuvre apporte des défis à l'établissement dans l'accueil, l'orientation et l'intégration de ses nouvelles ressources au sein des équipes de travail. L'établissement aura à prioriser la mise en place d'un programme d'intégration afin de faciliter le travail de l'équipe soignante.

L'accès à des activités de formation est facilité et encouragé par l'équipe de gestion, assurant ainsi le

maintien et le développement des compétences du personnel. L'établissement est encouragé à planifier des activités de formation en soins palliatifs afin de maintenir un niveau de compétences élevé chez l'équipe du soutien à domicile.

La trajectoire de l'usager est fluide et une collaboration est présente entre les différents intervenants tout au long de son parcours. Les liens entre le volet hospitalier, le soutien à domicile et les organismes communautaires sont clairs et permettent une réponse aux besoins de l'usager au moment opportun.

Une approche de collaboration interprofessionnelle centrée sur les besoins de l'usager et de ses proches est observée. Les modes de communication informels sont efficaces par la proximité des intervenants du soutien à domicile. La contribution de tous les professionnels est remarquable, incluant le corps médical dans le soutien des équipes en soins palliatifs.

Il est porté à l'attention de l'établissement la nécessité de mettre en place un système d'information qui permettra une tenue de dossier accessible et harmonisée.

L'approche en soins palliatifs est axée sur la volonté de l'usager de décéder à domicile. L'équipe en soins palliatifs redouble d'efforts pour favoriser la réponse aux besoins, incluant l'administration de l'aide médicale à mourir. De multiples modalités sont proposées et mises en place pour répondre à l'ensemble des besoins, et ce, toujours en partenariat avec la famille. L'usager et sa famille sont impliqués dans la prise de décision et la prestation des soins.

L'établissement met en place les mesures nécessaires pour assurer un accès aux services tout en évitant les recours à l'urgence. La garde 24/7 infirmière et médicale est un excellent exemple du souci de l'établissement à accompagner les usagers dans leur parcours de soins à domicile.

La communication avec les usagers et le personnel est ouverte et transparente. Il est facile pour les usagers et les familles de communiquer avec l'équipe soignante pour répondre à leurs préoccupations.

Le personnel soignant est engagé et dévoué à la clientèle. Il est soucieux d'offrir des services de qualité et de répondre aux besoins des usagers.

L'établissement est invité à communiquer les éléments en matière d'éthique par des activités de sensibilisation auprès du personnel sur les questions d'éthique.

L’équipe de soins sollicite la participation de l’usager et de ses proches au moment de réviser les plans d’intervention. Leur présence est fortement encouragée.

# Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

## Planification des mesures à prendre

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