



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum Québec^{MC}
CISSS de Chaudière-Appalaches

Date de production du rapport: 29 septembre 2023

Dernière modification : 20 octobre 2023

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément; les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni « tel quel » sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en *common law*, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

© 2023, Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés.

Au sujet d’Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d’outils et de programmes d’évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d’élargir notre influence et notre champ d’application. En collaboration avec notre société affiliée, l’Organisation de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l’échelle de l’écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d’amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d’évaluation et nos solutions d’amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12 000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d’élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d’atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d’évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l’ensemble de l’écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d’agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l’International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l’Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

Au sujet du rapport

L’établissement mentionné dans le présent rapport d’agrément participe au programme d’agrément Qmentum Québec^{MC} d’Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l’établissement a participé à des activités d’amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont des visites d’agrément entre 2018 et 2023.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d’évaluations par des pairs, de sondages, ainsi que d’autres données obtenues auprès de l’établissement. Agrément Canada se fie à l’exactitude et à la précision des renseignements fournis par l’établissement pour planifier et mener les visites d’agrément et produire ce rapport. Il incombe à l’établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d’agrément.

Ce rapport présente un résumé des résultats obtenus par chaque programme-services, ainsi qu’au niveau organisationnel. Le contenu du rapport comprend un sommaire, la décision d’accréditation de l’établissement, les dates d’évaluation et les installations visitées lors des évaluations sur place, les résultats des pratiques organisationnelles et de chaque programme-services et pour conclure, un aperçu de l’amélioration de la qualité, ainsi que les faits saillants.

Les évaluations ayant eu lieu sur une période de cinq ans et les visites sur place se faisant de manière séquentielle par programme-services, il est important de considérer que les résultats proviennent de différents moments fixes dans le temps à travers le cycle d’agrément et qu’il est possible, même souhaitable, que le portrait évolue dans le temps. Ce sont donc les résultats au moment de l’évaluation et non au moment de la rédaction de ce rapport.

Sommaire

L'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services destinés à une population d'environ 420 000 citoyens sur un territoire de plus de 15 083 km². Il compte 136 municipalités, dont les villes de Lévis, Saint-Georges, Sainte-Marie, Montmagny et Thetford Mines.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches compte sur l'expertise d'environ 14 000 employés et 800 médecins et regroupe près d'une centaine d'installations. Le CISSS participe à diverses activités d'enseignement, de recherche et d'application des connaissances. Il collabore avec diverses chaires de recherche dont la Chaire de recherche en médecine hyperbare et de plongée sous-marine et la Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales.

Sommaire des constatations des équipes de visiteurs

Le CISSS de Chaudière-Appalaches offre à la population de son territoire un ensemble de services sociaux et de santé. L'établissement s'est doté d'un plan d'amélioration de la qualité qui expose de manière systématique les différentes stratégies mises en place pour soutenir les activités d'amélioration des différents secteurs de l'organisation. Des dispositifs sont prévus tant au niveau stratégique et tactique qu'au niveau opérationnel. Une structure participative d'amélioration continue transcende l'ensemble de l'organisation, et diverses stratégies permettent de communiquer les résultats des projets au sein des équipes. De plus, l'établissement témoigne d'une volonté d'intensifier l'implication d'usagers-partenaires. À cet effet, de nombreuses initiatives visent à renforcer leur implication. L'implantation de cette approche de soins et services centrés sur les personnes est en constante évolution depuis les trois dernières années. L'établissement démontre un leadership certain en la matière, et de multiples réalisations en témoignent. Le processus de recrutement des usagers-partenaires est structuré. Ces derniers ressentent une grande considération à leur égard et un sentiment d'utilité. Par ailleurs, le développement et l'intégration de la Santé publique au sein du CISSS sont exemplaires. Les équipes, autant en maladies infectieuses, en promotion, en santé au travail qu'en surveillance, sont présentes et intégrées dans l'ensemble du territoire. Plusieurs initiatives amorcées dans la région sont maintenant disponibles dans l'ensemble du Québec.

Sommaire des résultats: taux de conformité global de l'établissement

	Taux (%) de conformité	Taux (%) de conformité pour les critères à priorité élevée	Taux (%) de conformité pour les POR
Établissement	95,5%	95,2%	82,4%
Réseau	94,4%	94,6%	81,0%

Éléments principaux d'excellence et possibilités d'amélioration

Les équipes de visite d'Agrément Canada ont identifié les éléments suivants comme étant les principales forces, ainsi que les principales opportunités d'amélioration pour cet établissement :

Secteurs d'excellence :

- Implication exemplaire des usagers et des usagers-partenaires au sein de l'établissement.
- Reconnaissance du leadership de la Santé publique au sein du CISSS et dans la communauté.
- Ajout de valeur par l'intégration de pairs-aidants en Santé mentale et dépendance.
- Excellente collaboration avec les partenaires externes.
- Personnel dévoué, compétent et engagé.

Opportunités d'amélioration :

- Actualisation du projet des stations visuelles virtuelles pour faciliter l'accès à l'information pour tous.
- Réaménagement des locaux de l'URDM de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis afin d'éviter la contamination croisée entre les zones propres et souillées.
- Amélioration de l'accessibilité aux services au cours de la trajectoire à la Protection de la jeunesse.
- Expansion des plages horaires des services de première ligne afin de réduire les hospitalisations.
- Attention portée aux dossiers parallèles non intégrés dans le dossier unique.
- Intégration des systèmes d'information.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR)

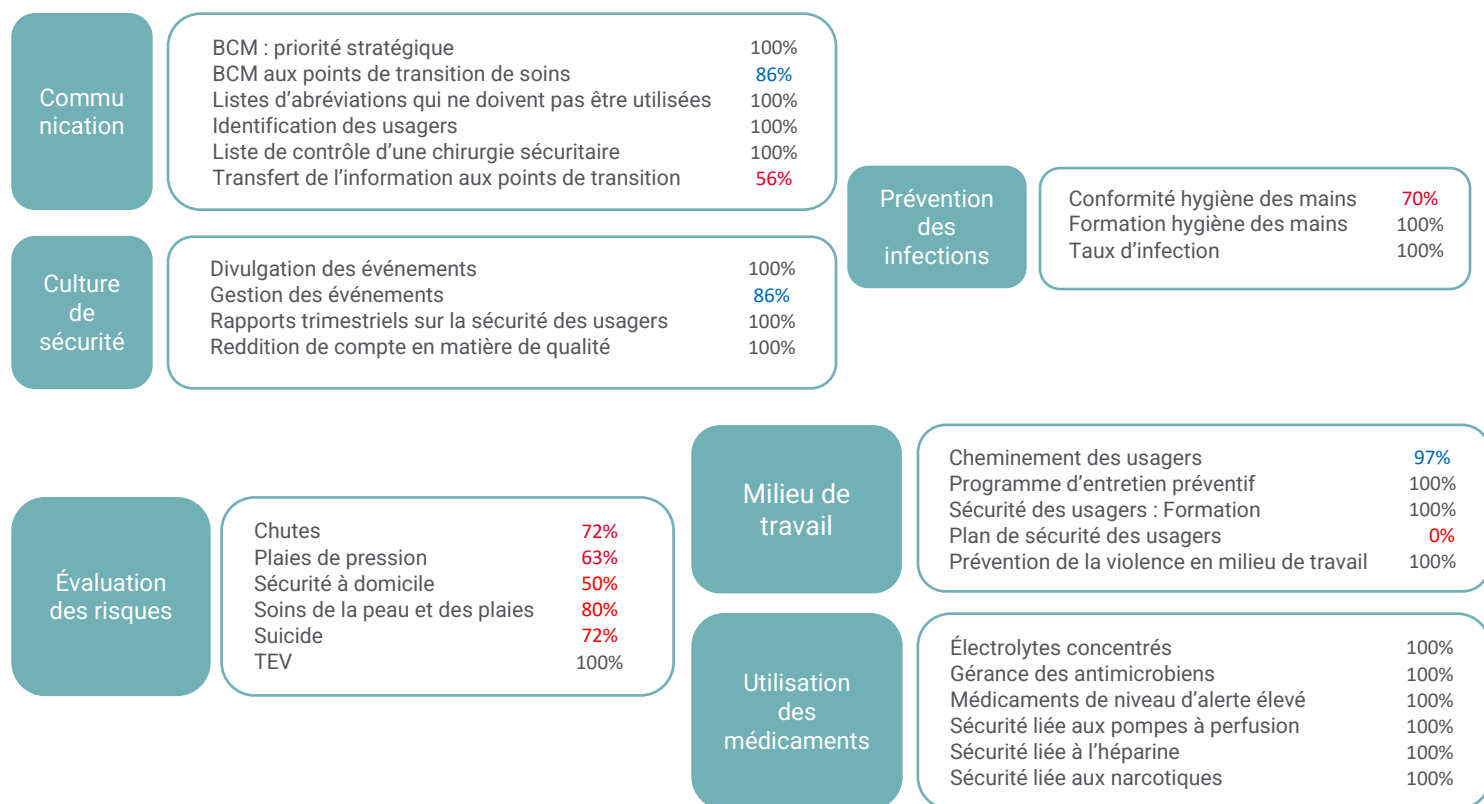


Table des matières

Au sujet d'Agrément Canada	iii
Au sujet du rapport	iii
Sommaire	iv
Aperçu du programme	1
Décision d'agrément.....	2
Exigences du programme d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	4
Sondages.....	8
Résultats d'évaluation par programme-services.....	12
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales	12
Jeunesse	14
Santé mentale et dépendances	16
Santé physique.....	17
Services généraux.....	18
Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)	20
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).....	22
Amélioration continue de la qualité.....	24
Évaluation des pratiques sécuritaires	24
Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen	25
Conclusion.....	26
Annexes.....	27
Directives relatives à l'attribution de l'agrément	27
Classification des critères.....	28
Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023).....	30
Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués	31
Détails techniques du rapport.....	39

Aperçu du programme

En 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à Agrément Canada le mandat de développer un programme d'agrément ayant pour but de répondre aux besoins du système de santé québécois et d'assurer l'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le programme d'agrément proposé par Agrément Canada couvre une période de dix ans (2018-2028). Sa mise en œuvre est organisée en deux cycles de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028), subdivisés en cinq séquences consécutives. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services ou de normes organisationnelles et transversales. La démarche d'agrément adoptée est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'organisation et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et pouvant impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation :

- L'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes;
- L'évaluation sur place menée dans le cadre de visites d'agrément avec un point de focalisation par programme-services; et
- L'administration de cinq sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit :
 - Le fonctionnement de la gouvernance;
 - L'expérience de l'utilisateur; et
 - Les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément effectuées dans les établissements sont menées selon une approche par traceur et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. Cette approche fait recours à l'observation directe, à la consultation de documents et aux échanges avec les diverses parties prenantes permettant d'évaluer les processus administratifs et de soins et services. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Il importe de souligner que certaines visites et certains sondages ont été réalisés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les systèmes de santé ont été largement mis à l'épreuve durant la pandémie et le sont toujours au moment de rédiger ce rapport. Il s'avère donc important de prendre en compte ces circonstances au moment d'interpréter les résultats et de réfléchir aux mesures d'amélioration les plus appropriées. Cela dit, les principes fondamentaux au sujet de la qualité et de la sécurité demeurent. C'est donc l'ensemble de cette information qui devrait être prise en considération au moment d'élaborer des plans d'action visant à améliorer les pratiques et de statuer sur les orientations stratégiques prioritaires pour chaque établissement.

Décision d'agrément

CISSS de Chaudière-Appalaches

Le statut d'agrément est :

Agréé

L'établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

Exigences du programme d'agrément

La décision d'octroyer ou de refuser l'agrément à l'établissement est rendue à la fin du cycle. Cette décision dépend du degré de conformité de l'établissement aux éléments qui composent les exigences du programme Qmentum Québec^{MC}. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément se trouvent en annexe.

Les prochaines sections de ce rapport final fournissent à l'établissement des données quantitatives sur le niveau démontré de conformité aux critères des manuels d'évaluation d'Agrément Canada, ainsi que des renseignements qualitatifs fournis par les visiteurs. L'information contenue dans ce rapport fournit une rétroaction utile et pragmatique à l'établissement sur ce qu'il fait bien et les domaines à améliorer, afin de contribuer à son parcours d'amélioration continue de la qualité.









Les composantes fondamentales du programme Qmentum Québec^{MC} comprennent :

- L'évaluation de la qualité des soins et services selon huit dimensions;
- La mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises (POR);
- L'emploi des cinq sondages requis comme outils d'amélioration;
- La conformité globale aux critères des manuels d'évaluation de chaque programme-service.

Analyse selon les dimensions de la qualité

L'amélioration continue de la qualité étant l'un des principes directeurs du programme, il s'avère essentiel de définir et mesurer la qualité des soins et services.

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 normes est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre total de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension	% Conforme	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population <i>Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre</i>	99,0%	96	1	1	98
 Accessibilité <i>Offrez-moi des services équitables, en temps opportun</i>	99,1%	326	3	0	329
 Continuité <i>Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins</i>	98,1%	202	4	2	208
 Efficience <i>Utilisez les ressources le plus adéquatement possible</i>	98,6%	72	1	3	76
 Milieu de travail <i>Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi</i>	94,5%	120	7	3	130
 Pertinence <i>Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats</i>	95,2%	1236	63	48	1347
 Sécurité <i>Assurez ma sécurité</i>	92,7%	1299	103	89	1491
 Services centrés sur l'utilisateur <i>Collaborez avec moi et ma famille à nos soins</i>	97,1%	1272	38	67	1377
Total	95,5%	4623	220	213	5056

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)

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

Sommaire des POR de l'établissement

Total

252/306

POR Conforme

82%

% POR Conforme

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
Communication	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	87%	97 / 112	24 / 28
	Identification des usagers	100%	35 / 35	35 / 35
	Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	100%	10 / 10	2 / 2
	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	100%	7 / 7	1 / 1
	Liste de contrôle d'une chirurgie	100%	10 / 10	2 / 2
	Transfert de l'information aux points de transition des soins	86%	154 / 180	20 / 36
Culture de sécurité	Divulgence des événements	100%	6 / 6	1 / 1
	Mécanisme de déclaration des événements indésirables	96%	47 / 49	6 / 7
	Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%	3 / 3	1 / 1
	Reddition de comptes en matière de qualité	100%	6 / 6	1 / 1
Évaluation des risques	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	63%	19 / 30	3 / 6
	Prévention des plaies de pression	73%	29 / 40	5 / 8

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
	Prévention du suicide	85%	123 / 145	21 / 29
	Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	100%	25 / 25	5 / 5
	Soins efficaces des plaies	98%	39 / 40	4 / 5
	Stratégie de prévention des chutes	83%	50 / 60	13 / 18
Milieu de travail	Plan de sécurité des usagers	0%	0 / 4	0 / 1
	Prévenir la congestion au service des urgences	98%	234 / 240	29 / 30
	Prévention de la violence en milieu de travail	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme d'entretien préventif	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité des patients : formation et perfectionnement	100%	1 / 1	1 / 1
Prévention des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	72%	80 / 111	26 / 37
	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	100%	37 / 37	37 / 37
	Taux d'infection	100%	3 / 3	1 / 1
Utilisation des médicaments	Électrolytes concentrés	100%	3 / 3	1 / 1
	Formation sur les pompes à perfusion	100%	42 / 42	7 / 7
	Médicaments de niveau d'alerte élevé	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme de gérance des antimicrobiens	100%	5 / 5	1 / 1
	Sécurité liée à l'héparine	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité liée aux narcotiques	100%	3 / 3	1 / 1

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	DP, DI et TSA	25%	3 / 12	1 / 4
	Jeunesse	78%	14 / 18	4 / 6
	PCI	100%	3 / 3	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	15 / 15	5 / 5
	Santé physique	92%	33 / 36	11 / 12
	SAPA	40%	6 / 15	2 / 5
	Services généraux	50%	6 / 12	2 / 4
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	DP, DI et TSA	100%	4 / 4	4 / 4
	Jeunesse	100%	6 / 6	6 / 6
	PCI	100%	1 / 1	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	5 / 5	5 / 5
	Santé physique	100%	12 / 12	12 / 12
	SAPA	100%	5 / 5	5 / 5
	Services généraux	100%	4 / 4	4 / 4
Identification des usagers	DP, DI et TSA	100%	3 / 3	3 / 3
	Jeunesse	100%	6 / 6	6 / 6
	Santé mentale et dépendances	100%	5 / 5	5 / 5
	Santé physique	100%	11 / 11	11 / 11
	SAPA	100%	5 / 5	5 / 5
	Services généraux	100%	5 / 5	5 / 5
Prévenir la congestion au service des urgences	DP, DI et TSA	100%	32 / 32	4 / 4
	Jeunesse	85%	34 / 40	4 / 5
	Santé mentale et dépendances	100%	24 / 24	3 / 3
	Santé physique	100%	88 / 88	11 / 11
	SAPA	100%	32 / 32	4 / 4
	Services généraux	100%	24 / 24	3 / 3

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Prévention du suicide	DP, DI et TSA	75%	15 / 20	1 / 4
	Jeunesse	100%	30 / 30	6 / 6
	Santé mentale et dépendances	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé physique	100%	5 / 5	1 / 1
	SAPA	32%	8 / 25	0 / 5
	Services généraux	100%	40 / 40	8 / 8
Stratégie de prévention des chutes	DP, DI et TSA	100%	9 / 9	2 / 2
	Jeunesse	89%	8 / 9	2 / 3
	Santé mentale et dépendances	100%	9 / 9	3 / 3
	Santé physique	71%	15 / 21	4 / 7
	SAPA	75%	9 / 12	2 / 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins	DP, DI et TSA	80%	16 / 20	1 / 4
	Jeunesse	100%	30 / 30	6 / 6
	Santé mentale et dépendances	100%	25 / 25	5 / 5
	Santé physique	86%	43 / 50	4 / 10
	SAPA	48%	12 / 25	0 / 5
	Services généraux	93%	28 / 30	4 / 6

Sondages

À l'intérieur du premier cycle d'agrément, les évaluations effectuées par sondage portent sur des dimensions se rapportant au fonctionnement de la gouvernance, à la mobilisation du personnel, à la qualité de vie au travail pour les médecins, à la culture de la sécurité des usagers et à l'expérience de l'utilisateur. Cinq types de sondages intégrés à la démarche d'évaluation soutiennent le processus. Le déploiement de ces outils, une fois par cycle, est une exigence du programme.

Ces outils d'évaluation contribuent à la démarche d'amélioration continue de l'établissement en complémentarité avec les autres composantes du programme Qmentum Québec^{MC}.

Les résultats détaillés de ces sondages sont disponibles dans les rapports respectifs remis à l'établissement ou dans le portail.

Sondage	Objectif
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	Permettre au conseil d'Administration d'évaluer leur propre fonctionnement et relever les aspects à améliorer.
Sondage sur la mobilisation du personnel	Mesurer la qualité de vie au travail ainsi que l'attitude et la perception des membres de la main-d'œuvre.
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins	Évaluer l'engagement du corps médical ainsi que les composantes liées au travail et au milieu de travail qui ont une incidence sur le rendement individuel et organisationnel.
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers	Évaluer les principaux éléments d'une culture de sécurité. Évaluer la façon dont les membres du personnel perçoivent l'approche à l'égard de la déclaration et de la gestion d'événements liés à la sécurité des usagers.
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur	Mesurer l'expérience vécue par les usagers lorsqu'ils reçoivent des soins et services dans un établissement en utilisant une approche « expérience-patient » qui fait appel à la fois aux éléments factuels relatifs aux soins et aux services reçus et à la perception des usagers à l'égard de leur qualité.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

Dates de déploiements : 18 au 20 octobre 2017

Nombre de répondants : 14

Résultats positifs par dimension de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

● Établissement ● RSSS



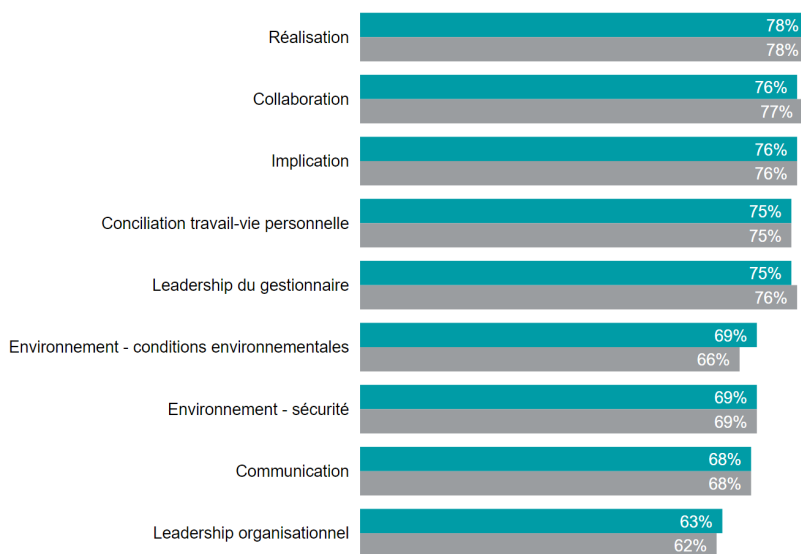
Sondage sur la mobilisation du personnel

Dates de déploiements : 17 juin au 26 juillet 2019

Nombre de répondants : 2422

Moyenne (%) par dimension du sondage sur la mobilisation du personnel

● Établissement ● RSSS



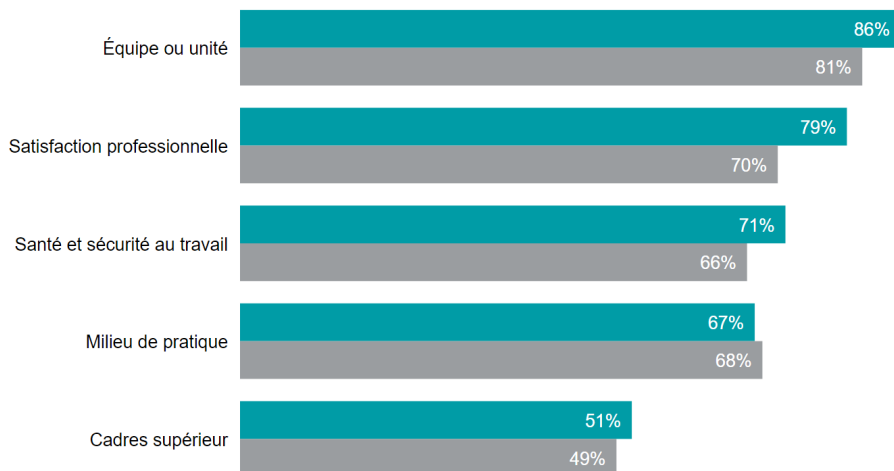
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

Dates de déploiements : 17 juin au 30 août 2019

Nombre de répondants : 61

Résultats positifs (%) par thème du sondage Pulse à l'intention des médecins

● Établissement ● RSSS



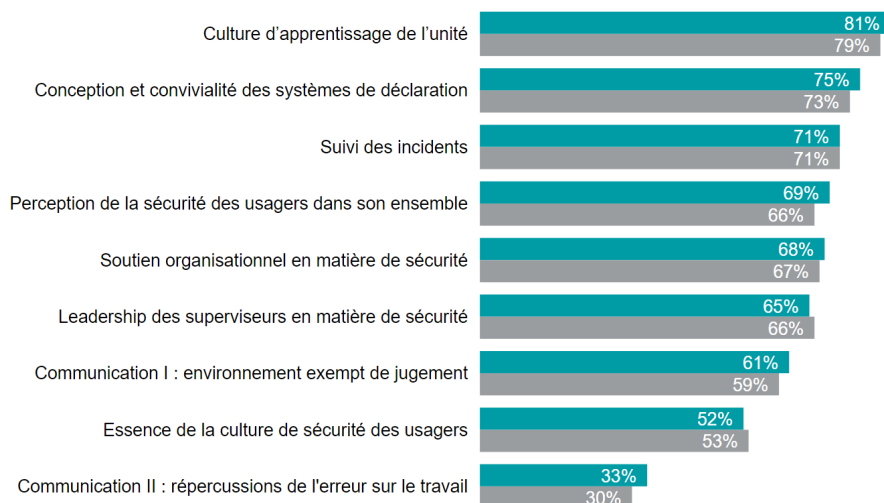
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

Dates de déploiements : 4 novembre au 14 décembre 2019

Nombre de répondants : 525

Résultats positifs (%) par dimension du sondage canadien sur la culture de sécurité

● Établissement ● RSSS



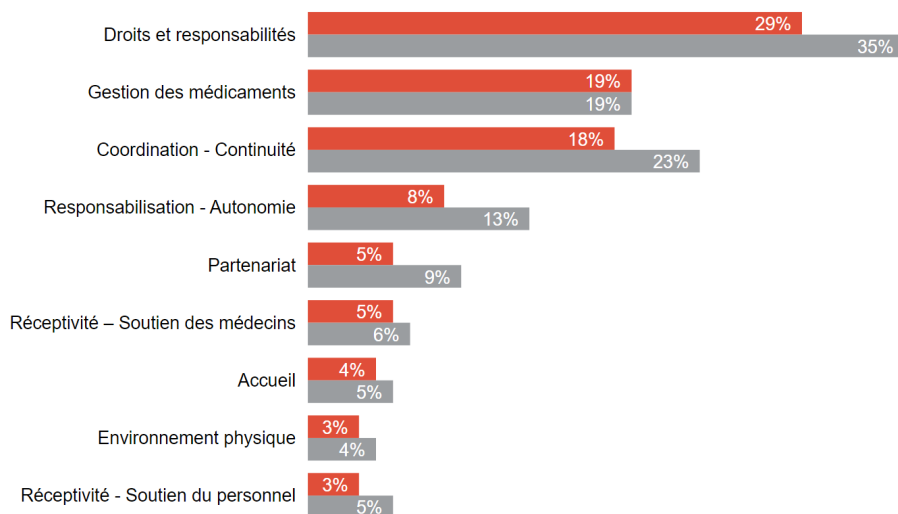
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

Dates de déploiements : 1 mai au 30 juin 2022

Nombre de répondants : 681

Score négatif (%) par dimension du sondage sur l'expérience de l'utilisateur

● Établissement ● RSSS



Résultats d'évaluation par programme-services

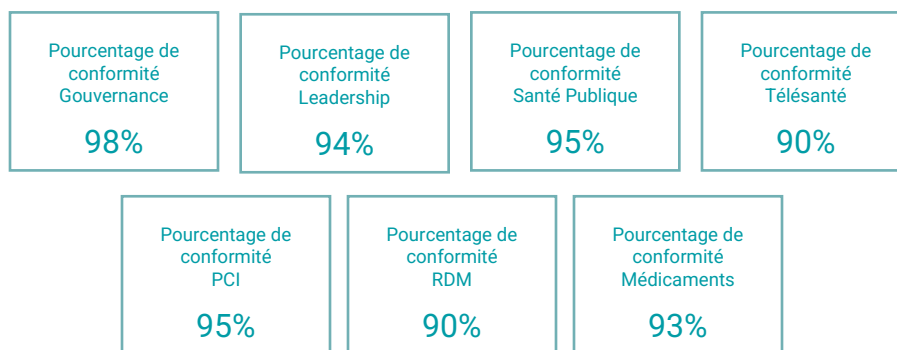
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales

Avant d'évaluer les programmes-services de l'établissement, le programme Qmentum Québec^{MC} évalue la structure organisationnelle et les normes transversales propres à l'ensemble des établissements publics de la santé et des services sociaux. Cette base est de mise pour assurer un fonctionnement sécuritaire, fiable et de qualité sur le plan des activités des programmes-services. Plus précisément, les thématiques évaluées dans cette première séquence sont la gouvernance, le leadership, la santé publique ainsi que les activités transversales telles que la télésanté¹, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux.

Résultats de l'établissement - Normes

Ensemble de normes	Autres critères			Critères à priorité élevée			POR			Tous les critères (POR + priorité élevée + autres)		
	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.
Gouvernance	100%	0%	7	98%	2%	4	100%	0%	0	99%	1%	11
Leadership	98%	2%	5	100%	0%	4	88%	13%	1	98%	2%	10
Santé publique	100%	0%	2	100%	0%	4				100%	0%	6
Télésanté	88%	13%	0	90%	10%	0				89%	11%	0
Prévention et contrôle des infections	100%	0%	2	98%	3%	0	100%	0%	0	99%	1%	2
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	75%	25%	0	86%	14%	4				82%	18%	4
Gestion des médicaments	100%	0%	3	100%	0%	5	100%	0%	0	100%	0%	8
Total	95%	5%	19	95%	5%	21	94%	6%	1	95%	5%	41

Comparatif du réseau



¹ À noter que la norme Télésanté a été évaluée dans le cadre des visites de séquence 3. Cette norme étant transversale, les résultats sont présentés ici.

Faits saillants

(2019) Les administrateurs du conseil d'administration du CISSS font preuve d'un engagement remarquable. Des mécanismes permettent au conseil de veiller sur l'alignement des opérations avec les priorités stratégiques du CISSS, en exerçant un suivi étroit du niveau de réalisations des projets organisationnels et de différents indicateurs de performance. De plus, le conseil, l'équipe de direction et l'ensemble du personnel de gestion participent activement à l'élaboration, à l'approbation et au suivi budgétaire. Il est important de noter que l'établissement jouit d'une situation financière solide. En ce qui concerne la main-d'œuvre, l'organisation est confrontée à des pénuries dans différents titres d'emploi, et de nombreuses stratégies sont mises en œuvre pour favoriser le recrutement. Les gestionnaires mettent en place diverses mesures pour assurer une gestion optimale de la présence au travail. Dans les secteurs de l'URDM, les équipes rencontrées sont très motivées, et les gestionnaires sont dévoués envers leurs équipes. Cependant, ces équipes sont confrontées à plusieurs défis. Dans les secteurs de retraitement des instruments médicaux, les plafonds sont fabriqués en matériaux poreux, ce qui rend le nettoyage difficile. De plus, des situations de mélange entre les instruments propres et souillés ont été observées au service de retraitement en endoscopie à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis, car il n'y a pas de séparation physique entre la zone de décontamination et de lavage des instruments. Il est recommandé à l'établissement de trouver des solutions pour aménager les lieux afin d'éviter cette contamination croisée entre les instruments propres et les instruments souillés. De plus, il existe un problème récurrent d'humidité en été dans la zone de stockage des instruments stérilisés à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis, et une unité de climatisation portable a été installée en réponse à cette problématique. Il est également recommandé à l'établissement de rechercher des solutions permanentes pour résoudre ce problème d'humidité.

(2022) De plus, la structure de la télésanté se distingue par la nature de sa gouvernance, placée sous la coordination de la Direction des services multidisciplinaires. L'établissement est encouragé à former une équipe dédiée au sein du CISSS, en reconnaissant son rôle crucial dans l'accompagnement des usagers et dans la garantie d'un accès aux soins en temps opportun.

Jeunesse

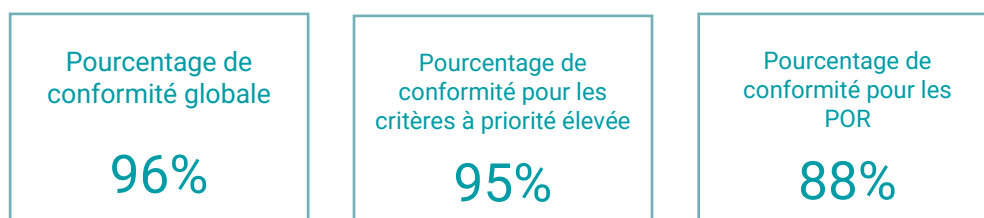
Dans un contexte où un continuum de soins et de services mieux intégré est souhaité, les établissements publics du réseau incluent maintenant une gamme plus large de services sous les programmes Jeunesse. Ce programme-services couvre donc l'ensemble des services aux jeunes et à leurs proches aidants qui doivent être présentés et compris dans un contexte intégré de soins et de services. Cette séquence permet d'évaluer le continuum complet visant à offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité, aux jeunes et aux proches aidants.

Les services Jeunes en difficulté regroupent les services destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Le plus souvent, il y est question de problèmes d'ordre développemental ou comportemental qui peuvent parfois se traduire en difficultés d'adaptation. Certains jeunes seront pris en charge dans le cadre de la Protection de la jeunesse. Les services sont également destinés aux parents de ces jeunes. En plus des services Jeunes en difficulté et Protection de la jeunesse, les services en santé mentale chez les jeunes ainsi qu'une gamme de services reliée à la périnatalité sont également évalués dans le cadre de ce manuel d'évaluation.

Résultats de l'établissement – programme-services Jeunesse



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2019) L'équipe du programme Jeunesse est fière de la culture qu'elle a développée, notamment la collaboration entre toutes les catégories de personnel et entre les sites, la transparence, la reconnaissance des efforts et des succès, la recherche de l'excellence dans les services et la sécurité des usagers, ainsi que la volonté de s'améliorer et le désir d'apprendre. Cette culture est portée avec enthousiasme par un personnel dévoué, compétent et engagé dans la recherche de l'excellence. Le développement de plusieurs continuités de soins pour améliorer l'efficacité et l'efficience des processus de soins est remarquable. Le continuum dans la Protection de la jeunesse est fluide, et l'utilisateur et sa famille sont au cœur de chaque acte professionnel posé. L'établissement est invité à poursuivre son travail colossal afin de garantir l'accessibilité des

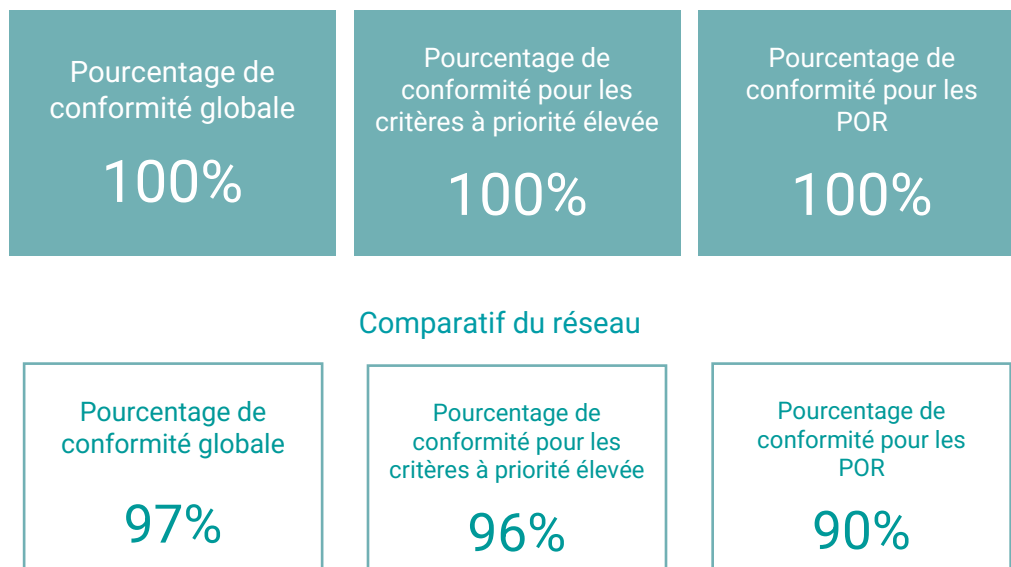
services et de réduire les délais d'attente au cours de l'épisode de service. D'autre part, l'information sur les droits et les responsabilités des usagers n'est pas systématiquement distribuée, et la composante relative aux responsabilités n'existe pas. L'établissement est encouragé à revoir son mécanisme de communication avec les usagers à ce sujet.

Santé mentale et dépendances

Les services de santé mentale comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes adultes atteintes d'un trouble de santé mentale ou de maladie mentale. Ceci inclut les services d'urgences psychiatriques et services de santé mentale pour les usagers inscrits et admis. Le « Plan d'action en santé mentale, Faire ensemble et autrement 2015-2020 » publié par le MSSS en 2015 se situe au cœur de l'évaluation de ce programme-services.

Les services en dépendance comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes présentant des comportements à risque en matière de consommation de substances psychoactives, de pratique de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'Internet. Les services sont aussi offerts aux personnes répondant aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances ou d'un trouble lié au jeu de hasard et d'argent et des personnes qui présentent un problème de cyberdépendance.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé mentale et dépendances



Faits saillants

(2019) Les trajectoires des soins et services au programme de Santé mentale et dépendance sont fluides, coordonnées et concertées, tant à l'interne qu'à l'externe. La planification et l'organisation des services se font dans une perspective d'intégration, de complémentarité et de partage d'expertise à tous les niveaux de la direction et du territoire. L'intégration de l'usager-partenaire et des pairs-aidants dans certains programmes constitue une valeur ajoutée pour la clientèle, les professionnels et l'établissement. La culture de qualité se traduit par des processus axés sur le suivi rigoureux d'indicateurs portant sur le cheminement de la clientèle, l'accès, la volumétrie et les demandes de consultation. Toutefois, certains éléments méritent une attention rapide, car ils présentent un risque pour la qualité et la sécurité des services : la tenue d'un double dossier clinique, la tenue de dossier parallèle et la présence de multiples consentements, ainsi que l'absence, dans certains cas, de consentement.

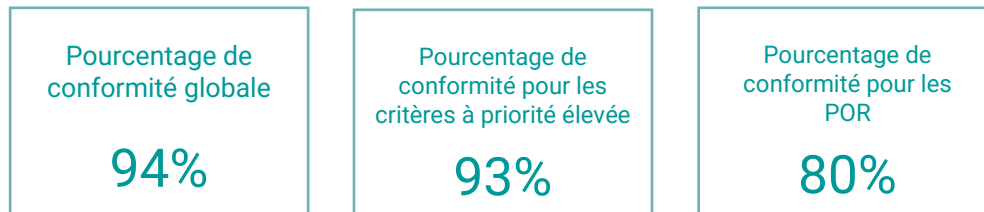
Santé physique

Le programme-services Santé physique comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme qui requiert des soins et services ou des traitements spécialisés ou surspécialisés. De façon globale, le programme-services Santé physique réfère aux soins et services prodigués aux services des urgences, lors d'épisodes de soins aigus, lors des visites en soins ambulatoires, des visites spécialisées à domicile ainsi que des soins palliatifs. Les personnes qui reçoivent ces soins et services peuvent être des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées. Les personnes proches aidantes sont impliquées dans les activités de traitement et de rétablissement, selon les contextes et les besoins des usagers. Considérant le vieillissement de la population, les maladies chroniques, dont les cancers, figurent parmi les maladies les plus prévalentes et nécessitent une part importante des soins et services offerts.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé physique



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) Dans le cadre du programme-services Santé physique, la cohésion au sein des équipes cliniques et leur engagement à fournir des services centrés sur l'utilisateur et sa famille constituent de grandes forces. Il convient de souligner l'excellent travail de collaboration entre les équipes du CISSS et leurs partenaires externes. Les pratiques cliniques respectent les lignes directrices établies à partir des données probantes ainsi que les normes définies par les ordres professionnels et le cadre normatif du MSSS. Il est important de mettre en avant la collaboration interdisciplinaire. Cependant, il est recommandé à l'établissement de développer des indicateurs de mesure de la qualité et de la satisfaction de la clientèle en collaboration avec les usagers et les intervenants. De plus, il est suggéré à l'établissement de réintroduire l'utilisation des stations visuelles pour diffuser les résultats des indicateurs cliniques et administratifs, ainsi que les objectifs de la qualité et de performance.

Services généraux

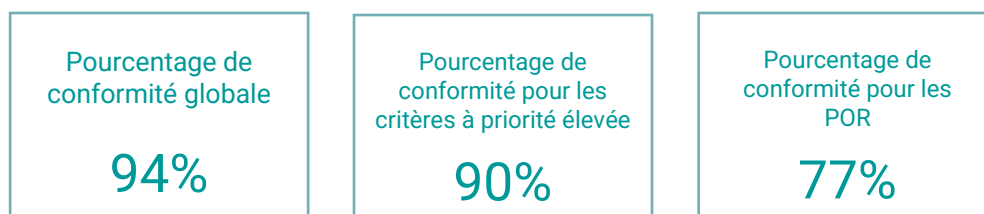
Le programme-services Services généraux comprend l'ensemble des activités cliniques et d'aide de première ligne. Ce sont des services de proximité, soit des services accessibles, près des milieux de vie des personnes, offerts par les CISSS et les CIUSSS et par les groupes de médecine de famille (GMF et GMF-U). Ils sont offerts à l'ensemble de la population, généralement sur une base individuelle. Ils répondent à des besoins ponctuels ou aigus, liés à la santé et au bien-être des usagers et des personnes proches aidantes.

De façon plus spécifique, les services inclus dans le programme-services Services généraux réfèrent à l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes, à des services infirmiers et psychosociaux courants, à des services d'intervention de crise et à des services d'intervention psychosociale en cas d'urgence et de sinistre. Les services offerts par les groupes de médecine de famille sont considérés comme des services généraux de première ligne ou de proximité.

Résultats de l'établissement – programme-services Services généraux



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) Le personnel d'encadrement clinique des Services généraux témoigne d'un engagement exemplaire ainsi qu'une collaboration exemplaire. La gestion de proximité, ainsi que le soutien des gestionnaires et des conseillers cliniques, sont grandement appréciés par l'équipe. Au sein des équipes, un climat de travail sain prévaut, et une culture d'amélioration continue est observée. La collaboration et le partenariat avec les organismes communautaires sont riches et diversifiés. De plus, les usagers sont impliqués à tous les niveaux, bien qu'il reste du travail à faire pour les intégrer dans d'autres domaines tels que les projets de rénovation, la planification et la conception des services. Toutefois, des démarches en ce sens sont déjà entreprises. De même, il est encouragé que les services de première ligne augmentent leurs plages horaires, ce qui pourrait contribuer à prévenir des hospitalisations inutiles et même à réduire les consultations

non pertinentes aux services des urgences. Avoir plus de plages disponibles pour les usagers qui n'ont pas besoin des plateaux techniques des hôpitaux serait souhaitable.

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)

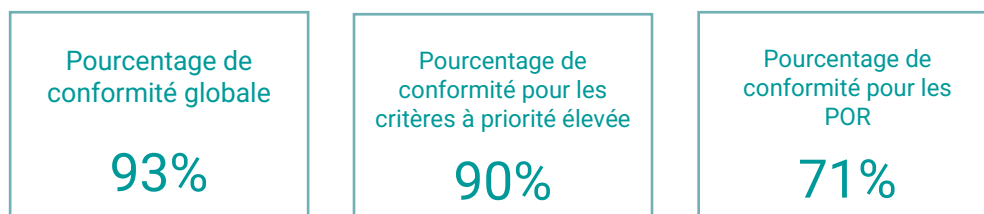
Le programme-services Déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes, quel que soit leur âge, qui vivent avec une déficience physique (auditive, langagière, motrice ou visuelle) ou une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, ainsi qu'à leur famille et aux personnes proches aidantes. Les enfants qui présentent un retard significatif sur le plan de leur développement et les personnes présentant un trouble de la communication sociale bénéficient également de soins et services offerts dans le cadre de ce programme-services.

De façon globale, le programme-services comprend des services spécifiques, et parfois spécialisés et surspécialisés, selon les besoins de l'utilisateur et la mission de l'établissement. De façon plus spécifique, l'offre de services peut comprendre des services de repérage, d'évaluation, de référence et d'orientation, d'intervention thérapeutique, d'adaptation-réadaptation, de maintien des acquis et de soutien à la participation sociale. Les services, offerts le plus souvent à proximité, dans les milieux de vie des usagers, ou en établissement, visent à soutenir la réalisation du plein potentiel et la participation sociale de l'utilisateur en fonction de son projet de vie.

Résultats de l'établissement – programme-services DP-DI-TSA



Comparatif du réseau



Faits saillants

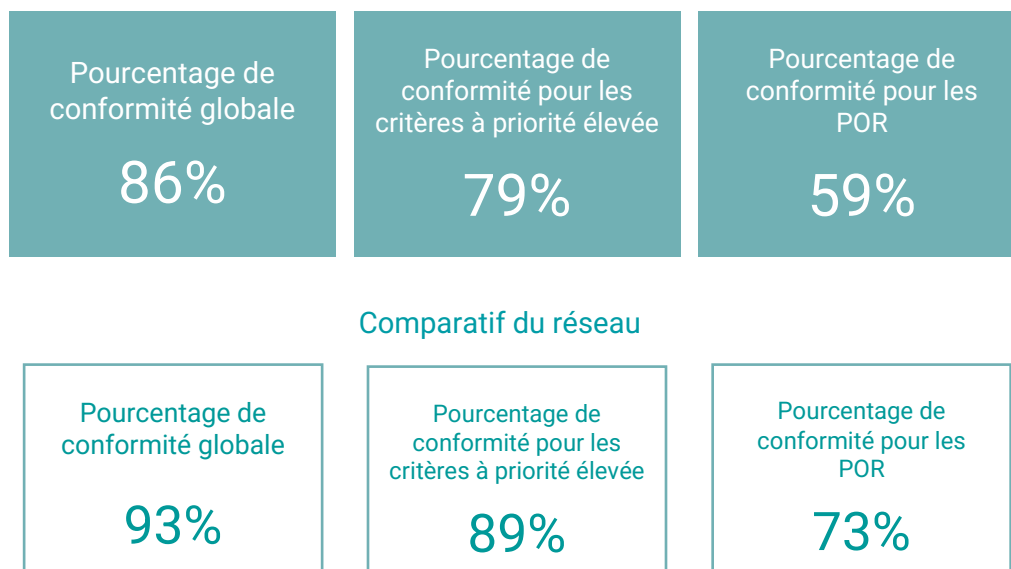
(2023) La Direction du programme déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP) est désormais appelée la Direction des programmes en déficience, autisme et réadaptation. Cette nouvelle dénomination est en concordance avec une vision renouvelée de la prestation de services. Une nouvelle répartition des équipes est en cours ; l'organisation en continuum de services au bénéfice des utilisateurs et de leurs familles est au cœur de cette évolution et se réalise avec leur contribution. Il convient de souligner les objectifs visant à assurer la fluidité et la continuité des services. Les multiples partenariats établis au fil des années sont pris en compte dans l'offre de services et attestent d'une collaboration bien établie. Par ailleurs, la présence de plusieurs systèmes informatiques pose des défis pour la mesure des résultats. La direction est encouragée à poursuivre les efforts entrepris pour l'intégration de ces systèmes. Elle est également invitée à persévérer dans l'identification d'indicateurs permettant d'analyser régulièrement l'efficacité des activités d'amélioration ainsi que les impacts de cette transformation.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins des personnes qui sont en perte d'autonomie et les personnes proches aidantes. Bien que le programme-services SAPA s'adresse principalement aux personnes qui vivent une perte d'autonomie due au vieillissement, les personnes de moins de 65 ans qui présentent une perte d'autonomie fonctionnelle, des problèmes cognitifs ou des maladies chroniques peuvent également bénéficier des soins et des services offerts dans le cadre de ce programme.

De façon globale, le programme-services SAPA comprend des soins et des services à domicile, de courte durée gériatrique, de gériatrie spécialisée ambulatoire, des services d'hébergement de longue durée ainsi que des soins palliatifs et de fin de vie. Un ensemble de services sont également offerts pour répondre aux besoins des personnes proches aidantes : information, sensibilisation, formation, soutien aux soins de santé physique, soutien psychosocial, répit et dépannage.

Résultats de l'établissement – programme-services SAPA



Faits saillants

(2023) Au sein du programme SAPA, deux directions ont été établies : la Direction du continuum de soutien à domicile et la Direction de l'hébergement. Cette décision témoigne de l'importance accordée à ces secteurs et s'aligne sur les orientations ministérielles. Le manque d'accès aux ressources d'hébergement en soins de longue durée sur le territoire exerce une pression sur les lits disponibles et compromet la fluidité des séjours hospitaliers de courte durée, ayant un impact en cascade sur les services de maintien à domicile. En réponse, les CHSLD font face à une forte pression pour accueillir davantage de résidents, et les équipes mettent en place des mesures inventives, bien que parfois au détriment de la qualité de vie des résidents. Le manque de

ressources est un enjeu majeur dans tous les milieux. Des stratégies innovantes visant à intégrer de nouveaux postes et à introduire de nouvelles technologies sont en cours de développement.

Amélioration continue de la qualité

Le Programme Qmentum Québec^{MC} a été conçu pour mettre de l'avant un cadre d'apprentissage progressif et d'amélioration continue de la qualité. Le processus d'amélioration continue de la qualité implique le questionnement et l'évaluation de la façon dont l'établissement fonctionne, de ce qu'il fait bien et de ce qu'il peut améliorer.

La structure séquentielle du programme permet d'établir un portrait spécifique des différents secteurs, notamment pour chaque programme-service, mais aussi une vue d'ensemble et transversale de plusieurs pratiques.

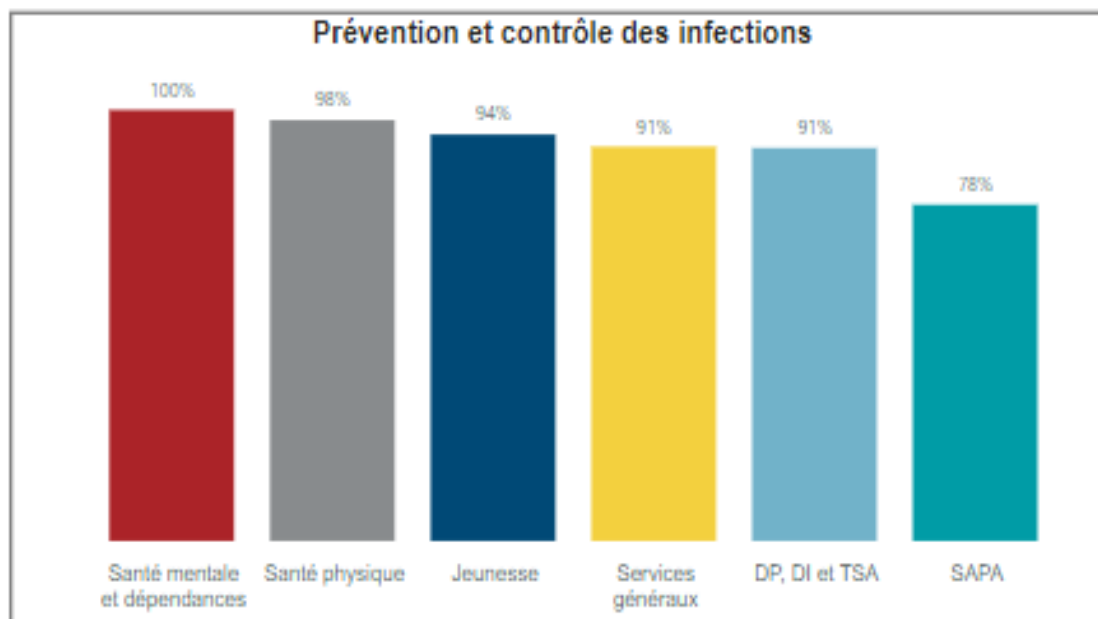
L'amélioration continue de la qualité favorise l'habilitation de la main-d'œuvre, une culture de responsabilisation et la pérennisation des améliorations au fil du temps grâce à l'autosurveillance continue et à l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action.

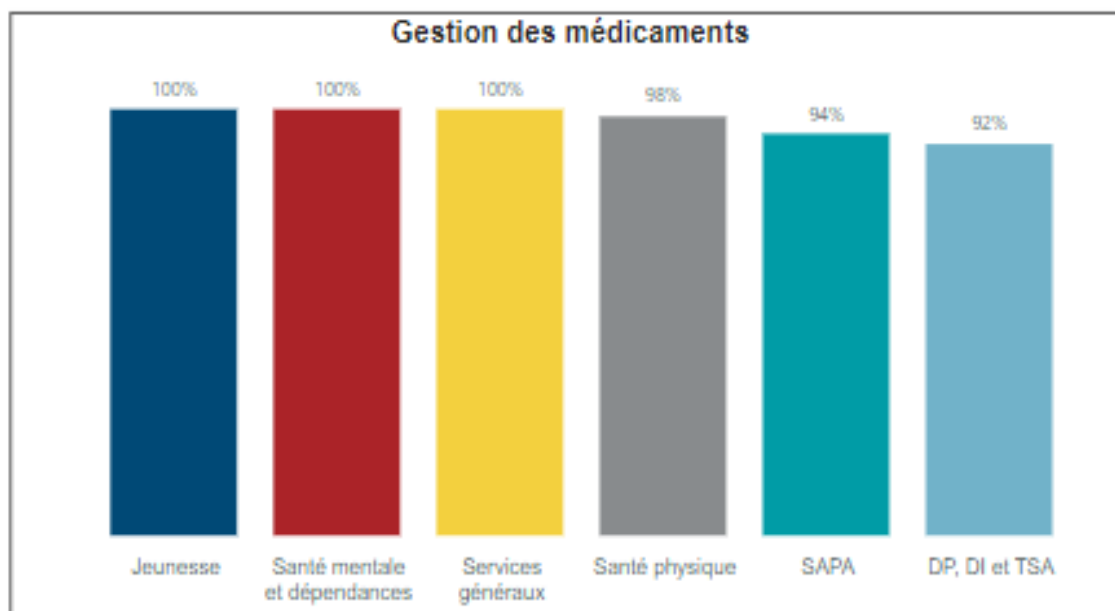
Les résultats, les constats et les suivis requis à la suite de chacune des visites sont des opportunités d'apprentissage collectif et de partage de connaissance entre les directions et entre les établissements du réseau.

Évaluation des pratiques sécuritaires

Les **pratiques sécuritaires** sont une sélection de critères liés à la gestion des médicaments et à la prévention et au contrôle des infections incluant les critères liés au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Ces critères se retrouvent dans chaque chapitre « service » d'un manuel d'évaluation en raison de l'importance d'évaluer la pratique dans l'ensemble des services cliniques.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées





Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen

Afin de veiller à ce que l'établissement réponde aux exigences du programme et à ce que le travail d'amélioration continue concernant les éléments qui ont été relevés par le Comité d'approbation du statut d'agrément à la suite des visites sur place, l'établissement est requis de soumettre des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen.

Nous attestons que cet établissement se conforme à cette exigence du programme.

Conclusion

Comme tout autre centre intégré, le CISSS de Chaudière-Appalaches est tenu d'adopter le plan stratégique du MSSS. Le CISSS s'assure que ses priorités organisationnelles sont bien alignées avec le plan stratégique et les opérationnalise par le biais d'un portefeuille de projets suivi étroitement par le Bureau de projets. Les valeurs, soit l'équité, l'humanisme et la collaboration, sont prises en considération dans le choix des priorités d'action. Des mécanismes structurés veillent à la réalisation de ces projets et interpellent les gestionnaires ainsi que les équipes terrain. L'établissement est encouragé à compléter le déploiement et l'animation des stations visuelles, et à actualiser son projet de stations virtuelles pour faciliter l'accès à tous. De nombreux partenariats sont établis avec des partenaires communautaires et institutionnels dans le but de fournir et de coordonner les services à la population de manière efficace et efficiente. Le CISSS s'associe à divers projets de la communauté afin de promouvoir la santé et la prévention des maladies. En conclusion, il est évident que le CISSS de Chaudière-Appalaches s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. L'établissement est encouragé à maintenir cet engagement collectif envers la qualité et la sécurité, et à poursuivre sa quête de l'excellence pour le bien-être de sa population.

Annexes

Directives relatives à l'attribution de l'agrément

Statut d'agrément	Critères	
	Critères à priorité élevée et Pratiques organisationnelles requises (POR) dans chaque groupe*	Tous les critères
Agréé	Conforme dans une proportion de 70 % et plus	Conforme dans une proportion de 80 % ou plus

*Les ensembles de normes sont regroupés comme suit, puis on calcule le pourcentage de critères respectés dans chaque groupe.

1. Gouvernance + Leadership
2. Gestion des médicaments + Prévention et contrôle des infections
3. Tous les ensembles de normes et chapitres relatifs aux services

Classification des critères

Chaque critère est classifié selon un niveau de priorité (pratique organisationnelle requise et priorité normale et élevée) et une dimension de la qualité (p. ex., sécurité). Ces classifications servent de guide aux établissements pour mieux comprendre les critères par regroupement thématique.

Niveaux de priorité

Pratiques organisationnelles requises (POR)

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

Le contenu technique de la POR est constitué de l'énoncé, des conseils et des tests de conformité. L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'établissement. Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences. Les tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR. L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité d'une POR pour que l'évaluation indique sa conformité avec cette POR.

Critères à priorité élevée

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

Critères à priorité normale

Les critères qui ne portent pas sur des thèmes de priorité élevée sont considérés comme des critères à priorité normale.

Dimensions de la qualité

Le cadre conceptuel de la qualité de HSO comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans tous les secteurs des soins de santé et des services sociaux. Ces dimensions forment la base des normes, en vertu desquelles chaque exigence (critère) est liée à l'une des huit dimensions de la qualité. Ainsi, l'orientation fondamentale de chaque critère est claire, et les utilisateurs comprennent son objectif. Voici les dimensions de la qualité qui sous-tendent le cadre conceptuel de la qualité :

- *Accent sur la population* : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
- *Accessibilité* : M'offrir des services équitables, en temps opportun.
- *Sécurité* : Assurer ma sécurité.
- *Qualité de vie au travail* : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
- *Services centrés sur l'usager* : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins.

- *Continuité des services* : Coordonner mes soins dans le continuum de soins.
- *Pertinence* : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
- *Efficience* : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023)

2018		2019		2020		2021		2022		2023		
Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	
	Gouvernance											
	Leadership											
	Santé publique											
	Jeunesse											
	Dépendances											
	Santé mentale											
						Santé physique						
						Services généraux						
						Télésanté						
								Déficience physique				
								Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme				
								SAPA				
	Gestion des médicaments											
	Prévention et contrôle des infections											
	Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables											

	Cahier de normes au complet
	Critères spécifiques

Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués

Le tableau suivant présente les dates de visites pour chaque séquence et programme-services évalué. À noter que certaines pratiques provenant des normes de Prévention et contrôle des infections (PCI), de Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (RDM) et de Gestion des médicaments sont présentes à travers les manuels d'évaluation utilisés lors des séquences 2 à 5. Ces pratiques font ainsi l'objet d'une évaluation continue et transversale, à travers chaque programme-services.

Séquence	Normes ou manuel d'évaluation	Date de visite
Séquence 1	Gouvernance	16 au 20 septembre 2019
Séquence 1	Leadership	16 au 20 septembre 2019
Séquence 1	Santé publique	16 au 20 septembre 2019
Séquence 1	PCI	16 au 20 septembre 2019
Séquence 1	RDM	16 au 20 septembre 2019
Séquence 1	Gestion des médicaments	16 au 20 septembre 2019
Séquence 2	Jeunesse	16 au 20 septembre 2019
Séquence 2	Santé mentale et dépendances	16 au 20 septembre 2019
Séquence 3	Santé physique	31 octobre au 4 novembre 2022
Séquence 3	Services généraux	31 octobre au 4 novembre 2022
Séquence 3	Télesanté	31 octobre au 4 novembre 2022
Séquence 4	DP, DI et TSA	12 au 16 juin 2023
Séquence 5	SAPA	12 au 16 juin 2023

Les tableaux suivants présentent les normes ou les chapitres évalués et les emplacements visités pour chaque séquence.

Séquence 1

Norme	Norme évaluée	Emplacements
Gouvernance	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bureau Administratif de la Concorde ▪ CLSC de Thetford ▪ CLSC et Centre d'hébergement de Sainte-Marie ▪ Hôpital de Montmagny-L'Islet – CRDP ▪ Hôpital de Saint-Georges ▪ Hôpital de Thetford Mines ▪ Hôtel-Dieu de Lévis ▪ Siège Social – Centre de Protection de l'Enfance et de la Jeunesse de Sainte-Marie
Leadership	Oui	
Santé Publique	Oui	
Prévention et contrôle des infections	Oui	
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	Oui	
Gestion des médicaments	Oui	

Séquence 2

Chapitres	Chapitre évalué	Emplacements
Excellence des services (Jeunesse)	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de protection et de la réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation de Saint-Romuald ▪ Centre de services ambulatoires en santé mentale de Lévis ▪ Centre multiservices en santé et services sociaux Monseigneur-Bourget ▪ Centre multiservices de Santé et services sociaux de Beauceville ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux de Saint-Georges ▪ CJ – Bureau de Lévis ▪ CLSC – Saint-Romuald – Unité de médecine familiale ▪ CLSC de Saint-Joseph-de-Beauce // Centre Info-Santé ▪ CLSC de Saint-Lazare-de-Bellechase ▪ CLSC de Thetford Mines ▪ CLSC et centre d'hébergement de Lévis ▪ CLSC et centre d'hébergement de Sainte-Marie ▪ CLSC et CHSLD Centre de jour Lac-Etchemin ▪ CLSC et CHSLD de Montmagny ▪ Foyer de groupe pour jeunes en difficulté d'adaptation de Sainte-Marie ▪ Foyer de groupe pour jeunes en difficulté d'adaptation Vincent-Chagnon ▪ Hôpital de Montmagny-L'Islet – CRDP ▪ Hôpital de Saint-Georges ▪ Hôpital de Thetford Mines ▪ Hôtel-Dieu de Lévis ▪ Maison de la Famille St-Georges ▪ Maison de naissance Mimosa ▪ RAC jumelé Saint-Georges (Bloc A-B)
Services de périnatalité et d'obstétrique	Oui	
Services de sage-femme et maisons de naissance	Oui	
Services pour jeunes en difficulté	Oui	
Services pour la protection de la jeunesse	Oui	
Services pour la santé mentale en communauté	Oui	
Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	Oui	
Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	Non	
Excellence des services (Santé mentale et dépendances)	Oui	
Services de santé mentale (usagers inscrits)	Oui	
Services d'urgences psychiatriques	Oui	
Services de dépendances (usagers inscrits)	Oui	
Services de santé mentale (usagers admis)	Oui	
Services de dépendances (usagers admis)	Oui	

--	--

- **Siège Social – Centre de Protection de l’Enfance et de la Jeunesse de Sainte-Marie**

Séquence 3

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Santé physique)	Oui
Services des urgences	Oui
Unités d'hospitalisation	Oui
Services de soins critiques	Oui
Services de néonatalogie	Oui
Services de pédiatrie	Oui
Services d'oncologie	Oui
Services de soins palliatifs et de fin de vie	Oui
Services interventionnels et périchirurgicaux	Oui
Services de soins ambulatoires	Oui
Services d'imagerie et médecine nucléaire	Oui
Services de dons d'organes (donneurs vivants)	Non
Services de dons d'organes (donneurs décédés)	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lac-Etchemin (CLSC, CHSLD, GMF-U) ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lévis (CLSC, CHSLD, Centre de réadaptation en dépendance) ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux de Saint-Georges (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Saint-Georges, CLSC, DPJ, Jeunesse, Santé au travail) ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux Paul-Gilbert (CHSGS, CHSLD, CRDP) ▪ Centre régional intégré de cancérologie (CRIC) ▪ Clinique plaies complexes HDL ▪ CLSC de Saint-Joseph-de-Beauce ▪ CLSC de Saint-Lazare-de-Bellechasse ▪ CLSC de Saint-Romuald ▪ CLSC de Thetford Mines ▪ CLSC et CHSLD de Montmagny ▪ CLSC et CHSLD de Sainte-Marie ▪ CLSC et Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Lévis

Services de transplantation	Non
Services d'activités spécialisées à domicile	Oui
Cheminement de l'utilisateur	Oui
Norme: Télésanté	Oui
Excellence des services (Services généraux)	Oui
Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	Oui
Service Info-Social	Oui
Services de consultation sociale ou psychologique	Oui
Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	Oui
Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	Oui
Service Info-Santé	Oui
Services de soins primaires (GMF publics)	Oui
Services de santé courants	Oui

- CLSC, Centre de services externes pour les aînés de Laurier-Station et GMF intramuros
- CLSC, Centre de services externes pour les aînés de Saint-Pamphile et point de service du GMF de Montmagny (intramuros)
- CLSC, CHSLD de Saint-Jean-Port-Joli et point de service du GMF de Montmagny (intramuros)
- CLSC, CRDP, CHSLD et réadaptation en alcoolisme de Beauceville
- Hôpital de Montmagny
- Hôpital de Saint-Georges
- Hôpital de Thetford Mines
- Hôtel-Dieu de Lévis
- Siège Social et Centre de Protection de l'Enfance et de la Jeunesse de Sainte-Marie

Séquence 4

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (DP-DI-TSA)	Oui
Services de déficience physique (usager inscrits)	Oui
Services de déficience physique (usagers admis)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager inscrits)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager admis)	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Saint-Romuald ▪ Centre d'activités de jour et services externes de Sainte-Claire et Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Sainte-Claire ▪ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme André-Wingen et Santé au travail de Montmagny ▪ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Laurier-Station ▪ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Sainte-Marie ▪ Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) de Charny ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux de Beauceville (CLSC, CHSLD, CRDP, Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie) ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lévis (CLSC, CHSLD, Centre de réadaptation en dépendance) ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux de Saint-Georges (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Saint-Georges, CLSC, DPJ, Jeunesse, Santé au travail) ▪ Centre multiservices de santé et de services sociaux Donat-Grenier (CRDP, Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation) ▪ CLSC et CHSLD de Sainte-Marie ▪ RAC 127e Rue (DI) ▪ Siège Social du CISSS Chaudière-Appalaches

- Site hébergement transitoire St-Damien

Séquence 5

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (SAPA)	Oui
Soins et services de longue durée (usagers admis)	Oui
Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	Oui
Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	Oui
Soutien à domicile (usagers inscrits)	Oui
Soins palliatifs et de fin de vie	Oui

Emplacements

- Centre de services externes pour les aînés de Saint-Romuald
- Centre multiservices de santé et de services sociaux de Beauceville (CLSC, CHSLD, CRDP, Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie)
- Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lac-Etchemin (CLSC, CHSLD, GMF-UO)
- Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lévis (CLSC, CHSLD, Centre de réadaptation en dépendance)
- Centre multiservices de santé et de services sociaux Paul-Gilbert (CHSGS, CHSLD, CRDP)
- CHSLD de Cap-Saint-Ignace
- CHSLD de Saint-Eugène
- CHSLD de Saint-Fabien-de-Panet
- CHSLD de Saint-Isidore
- CHSLD de Saint-Raphaël
- CHSLD de Saint-Sylvestre
- CHSLD de Sainte-Croix
- CHSLD Denis-Marcotte
- CHSLD du Séminaire
- CHSLD et Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Saint-Apollinaire
- CHSLD et CLSC de Saint-Anselme
- CHSLD et CLSC de Saint-Gervais
- CHSLD et CLSC de Sainte-Claire
- CHSLD Marc-André Jacques
- CHSLD René-Lavoie
- CHSLD Richard-Busque
- CHSLD Saint-Alexandre
- CLSC de Thetford Mines
- CLSC et CHSLD de Montmagny
- CLSC et CHSLD de Saint-Prosper
- CLSC et CHSLD de Sainte-Marie

-
- CLSC, Centre de services externes pour les aînés de Laurier-Station et GMF intramuros
 - CLSC, CHSLD de Saint-Jean-Port-Joli et point de service du GMF de Montmagny (intramuros)
 - Hôpital de Saint-Georges
 - Hôtel-Dieu de Lévis
 - Siège Social du CISSS Chaudière-Appalaches

Détails techniques du rapport

Cette section présente la méthodologie de calcul des résultats présentés dans ce rapport.

Taux de conformité global

Pourcentage ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) de conformité pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble de l'établissement et pour l'ensemble du réseau, soit le total des résultats de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises

Pourcentage ($\% = \frac{\text{nbr de chapitres POR conforme}}{\text{nbr de chapitres POR conforme} + \text{nbr de chapitre POR non-conforme}}$)

Rouge = POR n'est pas conforme dans tous les secteurs de soins et services

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Analyse selon les dimensions de la qualité

Conforme = nombre total de critères conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR. Une POR égale un critère, même si elle comprend plusieurs tests de conformité. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Non conforme = nombre total de critères non-conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

S.O. = nombre total de critères côté sans objet, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

Total = conforme + non-conforme + s.o.

$\% \text{ conforme} = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$

Sommaire des POR de l'établissement

Total - # POR Conforme et % POR Conforme = nombre et pourcentage total de POR conformes, si une POR est conforme dans 2 chapitres différents c'est compté comme 2 POR conformes, les calculs sont au niveau de la POR et non des tests de conformités

$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pour les POR se trouvant dans plusieurs chapitres et normes, les données suivantes sont présentées par programme-service :

$$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur la mobilisation du personnel

Moyenne (%) par dimension : Chaque énoncé qui fait partie d'une dimension est évalué sur une échelle de 0 à 10. La moyenne des résultats des énoncés qui composent chaque dimension est multipliée par 10 pour obtenir un pourcentage. Ceci est rapporté comme le score d'une dimension. La plupart des scores et des mesures sont calculés à l'aide de l'échelle numérique allant de 0 à 10 et excluent les choix « Je ne sais pas / sans réponses » ou « Non applicable ».

Le taux de réponse est calculé en fonction du nombre total des membres du personnel fourni par l'établissement au moment du déploiement du sondage.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

$$\text{Score négatif (\%)} \text{ par dimension} = \frac{\text{Réponses de 0 à 6 sur l'échelle}}{\text{Réponses de 0 à 10 sur l'échelle}}$$

Résultats par normes

Les critères sans objet sont exclus des calculs pour le % Conforme et Non conforme.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Résultats de l'établissement – programme-services et Comparatif du réseau

Pour chaque programme-service (manuel d'évaluation), pourcentage de conformité globale ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et pour les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble du programme-service de l'établissement et pour l'ensemble du réseau pour ce programme-service, soit le total des résultats du programme-service de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les critères au sujet du retraitement des dispositifs médicaux (RDM) sont inclus dans les résultats de PCI.