



Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément

Rapport d'agrément

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Sainte-Marie, QC

Dates de la visite d'agrément : 15 au 20 mai 2016

Date de production du rapport : 8 juin 2016



**ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA**

Better Quality. Better Health.
Meilleure qualité. Meilleure santé.



**CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÉMENT**

ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS
POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ
SUPPORTING INTEGRATED QUALITY MANAGEMENT

Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) au programme d'accrément conjoint d'Accrément Canada et du Conseil québécois d'accrément, une visite a eu lieu en mai 2016. Ce rapport 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'accrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Accrément Canada et le Conseil québécois d'accrément se fient à l'exactitude de ces renseignements pour planifier et tenir la visite, ainsi que pour produire le rapport d'accrément.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel; il est fourni par Accrément Canada et le Conseil québécois d'accrément uniquement à l'organisme. Accrément Canada et le Conseil québécois d'accrément ne présentent ce rapport à aucune autre partie.

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

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

Un mot d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément

Au nom d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, nous tenons à féliciter votre organisme de sa participation au programme conjoint d'agrément. Celui-ci est conçu de manière à s'intégrer à votre processus d'amélioration continue de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend le type d'agrément qui vous est décerné ainsi que les résultats finaux de votre récente visite et les différentes données découlant des outils que votre organisme a soumis. De plus, l'information contenue dans votre rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, représente un guide important pour vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste en agrément.

Nous vous remercions de maintenir votre partenariat avec Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Nous tenons également à souligner le leadership et l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme conjoint d'agrément pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour votre établissement, votre clientèle et vos services.

Cordiales salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale



Paul St-Onge
Président

Table des matières

Sommaire	1
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	14
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	16
Résultats détaillés de la visite	20
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	21
Processus prioritaire : Gouvernance	21
Processus prioritaire : Planification et conception des services	24
Processus prioritaire : Gestion des ressources	26
Processus prioritaire : Capital humain	28
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	31
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	34
Processus prioritaire : Communication	36
Processus prioritaire : Environnement physique	37
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	38
Processus prioritaire : Cheminement des clients	39
Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux	42
Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	46
Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population - Intégration horizontale des soins	46
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	48
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	49
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	49
Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service	51
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	54
Ensemble de normes : Services d'urgence - Secteur ou service	55

Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service	62
Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service	64
Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service	68
Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service	73
Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et oncologie - Secteur ou service	79
Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives - Secteur ou service	84
Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service	91
Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	93
Résultats des outils d'évaluation	103
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	103
Annexe A - Processus prioritaires	107

Sommaire

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont des organismes privés, indépendants à but non lucratif. Ils établissent des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé et services sociaux. Les CIUSSS et CISSS agréés par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont 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 ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences du programme d'agrément 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 la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance, la mobilisation du personnel et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

Étant donné l'accent que le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) met sur la qualité et la sécurité, il participe au programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. Les renseignements contenus dans ce rapport ont été compilés après la visite de l'organisme. Le rapport 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.

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément tiennent à féliciter votre 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.

Décision relative au type d'agrément

La décision relative au type d'agrément du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches est :

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches conserve le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé, et ce jusqu'à ce que la prochaine décision relative au type d'agrément soit prise en 2018.

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 15 au 20 mai 2016**

- **Emplacements**

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

1. Centre Paul-Gilbert urgence et CHSLD
2. CHAU de Lévis
3. CLSC de Thetford Mines
4. CLSC et CHSLD Sainte-Marie
5. CLSC Lévis
6. CLSC S et Centre d'hébergement de Saint-Jean-Port-Joli
7. Hôpital de Montmagny
8. Hôpital de Saint-Georges
9. Hôpital de Thetford Mines
10. Siège social

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

1. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

Normes portant sur des populations spécifiques

5. Santé et bien-être de la population

Normes sur l'excellence des services

6. Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
7. Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
8. Services d'urgence - Normes sur l'excellence des services
9. Services d'imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services

10. Services de laboratoires biomédicaux - Normes sur l'excellence des services
11. Services de médecine - Normes sur l'excellence des services
12. Services de soins intensifs - Normes sur l'excellence des services
13. Services de traitement du cancer et oncologie - Normes sur l'excellence des services
14. Services périopératoires et les interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
15. Services transfusionnels - Normes sur l'excellence des services
16. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services









- **Outil**

L'organisme a utilisé l'outil suivant :

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

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 normes 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.)	51	11	0	62
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	66	6	0	72
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	441	102	12	555
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	84	24	3	111
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	273	30	2	305
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	53	3	2	58
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	776	144	15	935
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	46	6	1	53
Total	1790	326	35	2151

Analyse selon les normes

Les normes Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

Les normes relatives à l'ensemble de l'organisme portent sur la qualité et la sécurité à l'échelle de l'organisme dans des secteurs comme la gouvernance et le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de 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.

Ensemble de normes	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
Gouvernance	47 (100,0%)	0 (0,0%)	3	31 (93,9%)	2 (6,1%)	3	78 (97,5%)	2 (2,5%)	6
Leadership	38 (77,6%)	11 (22,4%)	0	84 (88,4%)	11 (11,6%)	1	122 (84,7%)	22 (15,3%)	1
Prévention et contrôle des infections	38 (95,0%)	2 (5,0%)	1	29 (100,0%)	0 (0,0%)	2	67 (97,1%)	2 (2,9%)	3
Gestion des médicaments	72 (92,3%)	6 (7,7%)	0	59 (95,2%)	3 (4,8%)	2	131 (93,6%)	9 (6,4%)	2
Santé et bien-être de la population	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0	39 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	25 (65,8%)	13 (34,2%)	0	38 (82,6%)	8 (17,4%)	2	63 (75,0%)	21 (25,0%)	2
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	39 (78,0%)	11 (22,0%)	3	47 (77,0%)	14 (23,0%)	2	86 (77,5%)	25 (22,5%)	5

Ensemble de normes	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
Services d'urgence	58 (81,7%)	13 (18,3%)	0	97 (90,7%)	10 (9,3%)	0	155 (87,1%)	23 (12,9%)	0
Services d'imagerie diagnostique	58 (86,6%)	9 (13,4%)	0	66 (97,1%)	2 (2,9%)	1	124 (91,9%)	11 (8,1%)	1
Services de laboratoires biomédicaux	61 (85,9%)	10 (14,1%)	0	89 (88,1%)	12 (11,9%)	4	150 (87,2%)	22 (12,8%)	4
Services de médecine	35 (77,8%)	10 (22,2%)	0	69 (89,6%)	8 (10,4%)	0	104 (85,2%)	18 (14,8%)	0
Services de soins intensifs	38 (76,0%)	12 (24,0%)	0	95 (82,6%)	20 (17,4%)	0	133 (80,6%)	32 (19,4%)	0
Services de traitement du cancer et oncologie	29 (63,0%)	17 (37,0%)	0	75 (89,3%)	9 (10,7%)	0	104 (80,0%)	26 (20,0%)	0
Services périopératoires et les interventions invasives	91 (79,1%)	24 (20,9%)	0	88 (80,7%)	21 (19,3%)	0	179 (79,9%)	45 (20,1%)	0
Services transfusionnels	66 (94,3%)	4 (5,7%)	5	63 (94,0%)	4 (6,0%)	2	129 (94,2%)	8 (5,8%)	7
Soins ambulatoires	22 (51,2%)	21 (48,8%)	3	59 (76,6%)	18 (23,4%)	1	81 (67,5%)	39 (32,5%)	4
Total	721 (81,6%)	163 (18,4%)	15	1024 (87,8%)	142 (12,2%)	20	1745 (85,1%)	305 (14,9%)	35

* 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 qui sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. 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	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Analyse prospective liée à la sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 1
Divulgateion des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Gestion des événements (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services d'urgence)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de traitement du cancer et oncologie)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et les interventions invasives)	Non Conforme	2 sur 8	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 7	0 sur 0
Identification des usagers (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services d'urgence)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services de laboratoires biomédicaux)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Identification des usagers (Services de traitement du cancer et oncologie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services transfusionnels)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et les interventions invasives)	Non Conforme	2 sur 3	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services d'urgence)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de traitement du cancer et oncologie)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services d'urgence)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services de traitement du cancer et oncologie)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Sécurité liée aux pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Cheminement des usagers (Leadership)	Non Conforme	2 sur 7	0 sur 1
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 1
Sécurité des usagers : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Non Conforme	0 sur 1	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des chutes (Services d'urgence)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Services de soins intensifs)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Prévention des chutes (Services de traitement du cancer et oncologie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Services de traitement du cancer et oncologie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et les interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services d'urgence)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services de traitement du cancer et oncologie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services périopératoires et les interventions invasives)	Non Conforme	1 sur 3	1 sur 2

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

L'organisation a connu de profondes transformations depuis la dernière visite d'agrément. Une nouvelle organisation de services englobant tous les établissements de la région administrative de Chaudière-Appalaches (12) ont été regroupés sous une nouvelle gouverne administrative.

Au cours de la dernière année, l'organisation a procédé à la mise en place de cette nouvelle organisation, soit la sélection et la nomination de l'équipe administrative, la mise en place du plan d'organisation et du Conseil d'administration.

L'organisation était confrontée à de nombreux défis notamment dans la mise en place de la nouvelle gouvernance, dans le maintien de l'offre de services à la clientèle, dans la révision graduelle des programmes et le continuum de soins et de service, dans l'atteinte des cibles de réductions financières attendues et dans la mobilisation de tous les employés et des acteurs du CISSS dans un contexte de changement.

Différents moyens ont été progressivement mis en place en cours d'année pour soutenir la transformation. L'ensemble des directions a établi une offre de service en partenariat avec l'équipe de gestionnaires dans un modèle intégré qui offre aux gestionnaires et aux employés un accompagnement multidimensionnel avec une gestion de projets, un centre d'expertise en développement organisationnel, une évaluation de la qualité et de la performance, une logistique des flux humains des matières et des systèmes d'information, etc. Aussi, de nombreux projets d'optimisation ont été identifiés et conduits dans plusieurs secteurs de l'organisation.

Enfin, on note que les projets d'optimisation qui ont été réalisés n'ont pas été déterminés en fonction d'une révision des cheminements cliniques et des continuums de soins. L'organisation est invitée à se donner une vision globale de sa performance organisationnelle et à cibler les projets dans une vision intégrée de sa performance.

Tenant compte de l'ampleur du projet de transformation, il a été constaté au terme de la première année que le projet de transformation du CISSS de Chaudières Appalaches est un succès.

Les équipes ont à leur actif plusieurs réalisations qui vont au-delà des résultats attendus et sont dignes de mention. Parmi celles-ci, notons : le niveau de connaissance et de collaboration entre les gestionnaires des médicaments du territoire; la collaboration des chefs de services médicaux permettant l'échange d'informations et le partage des meilleures pratiques dans le programme orthopédique; la valise de garde concernant la gestion du plan d'urgence; l'unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence;

Pour les laboratoires biomédicaux et les services transfusionnels, une grande collaboration est observée pour l'ensemble des laboratoires du CISSS et est à souligner.

Le modèle de soins intégraux et la présence de médecins en permanence à l'unité d'oncologie ambulatoire de l'hôpital de Montmagny sont à souligner.

La participation des infirmières à la formation régionale en soins oncologiques offerte par l'Université du Québec de Rimouski est digne de mention.

La participation au projet de gestion de la radio activité (Expoprof) en partenariat avec le CHU Sainte-Justine-Le centre hospitalier universitaire mère-enfant à Montréal est aussi digne de mention.

L'organisme est invité à terminer l'élaboration du cadre de référence pour l'implantation du concept client partenaire afin d'assurer l'intégration d'un usager ou de la famille dans les comités et lors de l'élaboration des programmes de soins et de services qui touchent directement ou indirectement la clientèle.

Finalement, le CISSS de Chaudière-Appalaches fait également face à certains défis notamment augmenter la participation des médecins à la gestion des affaires cliniques et administratives de l'établissement et à une plus grande implication dans la révision des continuums de soins et aux activités d'amélioration continue; implanter le bilan comparatif des médicaments et s'assurer de l'implication de tous les professionnels, incluant les médecins et les infirmières; développer un outil standardisé permettant une transmission complète des informations d'un point de transition à un autre; harmoniser les pratiques de soins et de cheminement des clients; assurer l'intégration des multiples projets et initiatives dans une perspective organisationnelle globale; développer la pérennité des activités d'amélioration continue de la qualité et poursuivre le développement d'une culture d'amélioration de la qualité axée sur les résultats; élaborer et actualiser le cadre de référence en éthique clinique pour structurer les orientations et les modalités de mise en œuvre de ses responsabilités en matière d'éthique clinique.

Pour les laboratoires biomédicaux, l'implantation d'Optilab et l'harmonisation des pratiques et pour les services transfusionnels, le consentement éclairé et l'information à donner aux usagers

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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 l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
<p>Analyse prospective liée à la sécurité des usagers Au moins une analyse prospective liée à la sécurité des usagers est effectuée et des améliorations appropriées sont ensuite mises en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 15.8
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services d'urgence 12.16 · Soins ambulatoires 9.10 · Services de traitement du cancer et oncologie 9.14
<p>Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services de laboratoires biomédicaux 19.2

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</p> <p>Une stratégie documentée et coordonnée est en place pour travailler en partenariat avec les usagers et les familles afin de recueillir des renseignements exacts et complets sur les médicaments des usagers et de se servir de cette information aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 15.7
<p>Liste de contrôle d'une chirurgie</p> <p>Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services périopératoires et les interventions invasives 14.3
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</p> <p>Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services d'urgence 10.5 · Services périopératoires et les interventions invasives 11.6 · Services périopératoires et les interventions invasives 11.7 · Services de médecine 8.5 · Soins ambulatoires 8.5 · Services de soins intensifs 8.6

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Sécurité liée aux pompes à perfusion Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins ambulatoires 3.8
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Programme d'entretien préventif Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 9.8
<p>Cheminement des usagers Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs. NOTA : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 13.4
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Prévention et contrôle des infections 8.6
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention des chutes Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services d'urgence 10.6 · Soins ambulatoires 8.6 · Services de soins intensifs 8.7

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none">· Services périopératoires et les interventions invasives 11.13

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des clients porte sur des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les patients sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou le service.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, justifient la cote attribuée et émettent des commentaires sur chaque processus prioritaire.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux processus prioritaires. 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.

Veillez consulter l'annexe A pour une liste des processus prioritaires.

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

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires

Les résultats dans cette section sont d'abord présentés en fonction des processus prioritaires, puis en fonction des ensembles de normes.

Certains processus prioritaires de cette section s'appliquent aussi aux normes sur l'excellence des services. Les résultats découlant des critères où il y a non-conformité et qui sont aussi liés aux services, devraient être transmis à l'équipe concernée.

Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance	
11.3 Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir, mettre en oeuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme.	
11.4 Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages aux usagers et à leur famille, aux membres de l'équipe, aux parties prenantes et à la communauté.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le conseil d'administration est dynamique et connaît bien son rôle lié à la gouvernance. Il est soucieux d'offrir à la population les services requis et adaptés aux besoins. Conjointement avec la direction générale, il fait preuve de leadership en matière de qualité des soins, des services et de la sécurité de la clientèle. On dénote un excellent climat de confiance et de collaboration entre les membres.

À la suite des réunions, le conseil d'administration procède à son auto-évaluation à l'aide d'un outil normalisé. Tous les membres sont invités à transmettre leurs commentaires sur le fonctionnement du conseil et de ses comités, sur la compréhension de leurs rôles et responsabilités et sur leur contribution à titre d'administrateur.

Tous les membres du conseil d'administration ont bénéficié d'une formation sur le rôle et les responsabilités des membres de conseil. Ils sont informés de l'évolution du portrait de santé de la population et planifient des capsules de formation aux séances du conseil.

Le conseil d'administration est informé des principales activités et plans de communication qui ont été déployés dans les dossiers de réorganisation ou des événements et situations à risques, mais il ne possède pas une vision stratégique des communications.

La direction est invitée à se doter d'un plan directeur de communications stratégiques qui identifie des principes directeurs et propose une stratégie de positionnement des communications au sein de l'établissement. Ce plan devrait proposer annuellement une série d'activités de communications stratégiques et opérationnelles internes et externes.

Dans l'élaboration du plan, la direction doit prendre en compte que le plan doit être un outil de soutien à l'atteinte des objectifs stratégiques établis dans la planification stratégique de même qu'à l'atteinte des objectifs annuels et des projets d'optimisation établis par l'équipe de direction.

Un tel plan devrait identifier clairement tous les publics cibles et supporter adéquatement l'équipe de cadres en englobant des activités de relations publiques, d'édition, de communications internes, de relations de presse et de développement des inforoutes.

Enfin, considérant le caractère stratégique du plan de communication, l'organisme est invité à faire entériner le plan de communication et la planification annuelle des activités de communication par le conseil d'administration.

Malgré le fait que le conseil d'administration a été mis en place depuis moins d'un an, la documentation transmise aux membres est pertinente et complète. Elle intègre les éléments de suivi périodique des priorités établies dans la planification stratégique et au plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité et de la gestion des événements sentinelles ainsi que les incidents et incidents évités de justesse. Le cas échéant, les membres ont toute l'information nécessaire à la réallocation des ressources ou à la préparation des plans de relève.

Le conseil d'administration dispose des politiques et procédures nécessaires à l'établissement de la régie interne de l'établissement. Il définit la portée de ses pouvoirs, de ses obligations et de ses responsabilités.

Un tableau de bord complet, comprenant des indicateurs de suivis cliniques et administratifs, devra être élaboré pour le compte du conseil d'administration afin qu'il puisse s'acquitter adéquatement de ses responsabilités à l'égard du contrôle des activités de l'établissement.

Le conseil d'administration a fait de la qualité et de la sécurité une priorité. Il devra poursuivre ses efforts visant à créer une véritable culture de la mesure. Dans plusieurs secteurs de soins et de services, ces principes n'étaient pas encore entièrement intégrés au sein des équipes.

L'organisation a un bel historique de partenariat avec les organismes communautaires, les établissements d'enseignement et les organismes des différents secteurs socio-économiques du territoire. Ces partenariats constituent un avantage pour l'établissement dans ses objectifs de réviser et d'optimiser son offre de service pour assurer l'accès aux services tout au long des continuums de soins.

Lors de l'élaboration de la vision et du plan stratégique, les risques et les possibilités d'amélioration qui s'offrent à l'organisme sont évalués.

Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.3 Les soins centrés sur l'utilisateur et la famille constituent l'un des principes directeurs de l'organisme.	!
1.4 Les équipes sont appuyées dans leurs efforts en vue de travailler en partenariat avec les usagers et leurs familles pour tous les aspects de leurs soins.	
1.5 Des politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers sont élaborées et mises en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	
1.6 L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
4.3 Les services sont planifiés avec l'apport des usagers, des familles et de la communauté élargie.	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'arrivée du président-directeur général et la mise en place du nouvel organigramme confirment le renouveau administratif soit la cohérence du discours de la direction en regard d'une gestion responsable et transparente axée sur les meilleures pratiques, le développement professionnel et la gestion rigoureuse des fonds publics axée sur l'efficacité et la performance.

Le plan d'organisation et l'organigramme ont fait l'objet d'une refonte en profondeur et appuie adéquatement la prestation de services et l'atteinte des objectifs opérationnels. Les directeurs et les cadres ont été nommés dans leurs nouvelles fonctions et on peut déjà constater que les effets escomptés sont mesurables. L'établissement n'hésite pas à établir des partenariats et des échanges avec ses partenaires pour optimiser ses processus et réduire ses frais d'exploitation.

L'élaboration des plans opérationnels des directions et services s'établit selon un processus rigoureux et intègre les priorités identifiées à chacune des années du plan stratégique. Toutes les directions soutiennent leur programmation en lien avec le support attendu des directions réseaux.

L'établissement est invité à terminer les travaux visant l'élaboration du cadre de référence à l'implantation du partenariat avec l'utilisateur et ses proches et à la mesure de l'expérience client. Un tel cadre devrait établir la philosophie du CISSS et prévoir les mécanismes qui permettent d'obtenir l'apport ou la contribution des usagers et de la famille. Enfin, des activités de soutien incluant la formation et le perfectionnement des équipes de soins et services devraient être prévues.

L'établissement porte le défi d'associer les médecins à la gestion des affaires cliniques et administratives de l'établissement et à une plus grande implication dans la révision des continuums de soins. Cet objectif prioritaire passe par un changement à la gouverne administrative et à l'introduction d'une philosophie de gestion médico-administrative participative, contributive et responsable. À cet effet, la direction est invitée à mettre en place des mécanismes de consultations avec l'équipe médicale pour proposer et implanter un modèle de gestion favorisant une plus grande implication et une imputabilité des membres de l'équipe médicale. Le cas échéant, des activités de formation devront être planifiées pour habiliter les cadres et les médecins à travailler en partenariat.

Au cours de la dernière année, l'équipe de direction a établi des objectifs spécifiques et a précisé les stratégies d'action qui conduisent actuellement les actions de toute l'organisation. Parallèlement, le rôle du comité de direction a été revu et recentré sur les aspects stratégiques de la gestion.

L'établissement s'est doté d'un bureau de projet performance à la direction de la qualité, de l'évaluation de la performance et de l'éthique en soutien stratégique aux nombreux projets d'optimisation. L'équipe s'est donné une méthodologie de travail inspirée des principes du management de la gestion de projet. La charte de projet est réalisée et les membres du comité de direction assurent la responsabilité des projets. L'équipe est invitée à consolider les habiletés des cadres à l'approche gestion de projets pour assurer une plus grande autonomie et imputabilité au regard des projets de réorganisation.

Enfin, la nouvelle gouverne est appréciée du personnel qui perçoit un management de proximité et empreint de transparence selon les observations sur le terrain. Malgré tous les bouleversements entraînés par la réforme, le personnel-cadre de niveau intermédiaire est particulièrement apprécié de leurs équipes qui reconnaissent leur engagement et leur disponibilité et le souci du travail en équipe.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Les équipes du CISSS ont une bonne connaissance des défis et des enjeux reliés à la planification et au contrôle financier. Certains secteurs sous performants ont été identifiés et des programmes d'optimisation ont été élaborés et mis en place, lesquels ont permis à l'organisme de rencontrer les cibles de réductions budgétaires fixées par le MSSS.

Cependant, il ne nous est pas apparu évident que l'établissement avait une vision globale de la performance organisationnelle et que, les secteurs sous performants avaient été identifiés et faisaient l'objet d'une révision en profondeur. L'établissement devrait être en mesure d'identifier les projets de réorganisation cliniques, les modes de prises en charge et les continuums de soins et services pouvant faire l'objet d'une optimisation.

Les projets d'optimisation en cours de réalisation ne sont pas déterminés en fonction d'une révision des cheminements cliniques et des continuums de soins. Les décisions prises sur la base de critères objectifs permettraient de mieux cerner les centres d'activités, d'identifier les cibles de réduction de dépenses et les projets de réorganisation.

Une structure de bureau de projet a été créée pour encadrer la démarche reliée à l'optimisation de la performance clinique et administrative et pour coordonner le portefeuille de projets. Des rapports de gestion portant sur le suivi financier et le degré de réalisation des projets sont produits périodiquement. Cette structure de gestion est un bel exemple de la cohérence de la direction quant à sa volonté d'orienter les efforts d'améliorer la performance clinique et administrative et assurer l'équilibre financier de l'organisation. L'équipe est invitée à poursuivre ses travaux en vue d'implanter une véritable culture de la mesure.

La démarche de planification budgétaire est bien documentée et est en lien avec les objectifs prioritaires. Les activités de contrôle financier sont adéquates.

Des conseillers financiers sont attirés aux directions et services et supportent les cadres à toutes les étapes du processus de gestion financière. À la suite de la mise en place éventuelle du moteur de recherche qui permettra de normaliser la production des rapports, il y aurait lieu de prévoir un programme de formation spécifique aux cadres pour leur permettre de gérer et de surveiller leur budget. La clarification du rôle des cadres en lien avec le respect de l'équilibre financier, la formation et le soutien des gestionnaires aux principes de gestion et de contrôle budgétaire sont des mesures qui permettraient d'intensifier la décentralisation de la gestion budgétaire et d'augmenter l'imputabilité des cadres.

La documentation financière transmise à la haute direction est pertinente et complète. Elle intègre des éléments de suivi périodique des revenus et dépenses, documente les écarts financiers et de volume et identifie les secteurs les plus vulnérables. Le cas échéant, les membres ont toute l'information nécessaire à la réallocation des ressources ou à la préparation de plan de relève.

L'équipe est invitée à apporter une attention particulière à l'intégrité des données et à s'assurer de la conformité de la codification des unités techniques. Tenant compte de l'importance de la fiabilité des données, la direction est invitée à réaliser un audit sur la conformité de la codification des unités techniques de l'ensemble des secteurs.

Une attention doit également être accordée aux activités et codes de responsabilités susceptibles de générer des revenus additionnels provenant des locations de chambre et d'autres responsabilités par exemple la CSST.

L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts visant à associer les médecins à la gestion et à la revue des processus et des pratiques cliniques. Ce partenariat est essentiel à la poursuite des objectifs d'optimisation. L'organisation pourrait s'inspirer des modèles de cogestion mis en place dans certains établissements, dont l'hôpital de Ste-Agathe et le CIUSSS de l'Estrie à Sherbrooke.

Enfin, l'établissement est invité à poursuivre ses travaux visant la normalisation des produits et l'acquisition d'un système unique et centralisé de gestion de l'entretien préventif des équipements médicaux.

Processus prioritaire : Capital humain

Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
<p>2.15 La qualité de la culture de l'organisme axée sur un milieu de travail positif est contrôlée en utilisant le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail.</p> <p>2.15.1 Le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail (ou un questionnaire de remplacement approuvé par Agrément Canada) est rempli au moins une fois pendant chaque cycle d'agrément. Dans le cadre du programme conjoint offert par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément (CQA), les organismes utilisent le Sondage sur la mobilisation du personnel. Quant au Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, son utilisation devient alors optionnelle.</p> <p>2.15.2 Des mesures sont prises pour réagir aux résultats du dernier sondage sur la qualité de vie au travail.</p>	!
<p>10.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts dans l'ensemble de l'organisme pour favoriser et améliorer la culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille.</p>	
<p>10.7 Les profils des postes sont élaborés et mis à jour régulièrement, et ce, pour chacun des postes.</p>	
<p>10.8 Les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des usagers sont définis par écrit.</p>	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'équipe des ressources humaines a complètement redéfini son offre de services et a développé des stratégies d'actions transversales en soutien aux unités de soins et services. La direction propose une offre de service intégrée en assumant un rôle stratégique, un rôle d'expert-conseil et un rôle opérationnel pour rencontrer 3 niveaux de besoins dont les besoins individuels des employés, les besoins du CISSS pour actualiser sa mission et les besoins de l'organisation pour s'adapter à l'environnement externe dans laquelle elle évolue

Le plan d'organisation de la direction a fait l'objet d'une refonte en profondeur et compte quatre équipes de conseillers en ressources humaines affectées à des directions spécifiques et qui agissent en partenariat avec l'équipe de gestionnaires dans un modèle intégré qui offre aux gestionnaires un accompagnement multidimensionnel.

Le plan d'action de la direction prend en compte la mise en place de stratégies d'action dans le domaine de la gestion des ressources humaines, des communications, de l'enseignement et des affaires juridiques. Enfin, les membres de l'équipe sont sollicités et impliqués dans tous les projets de réorganisation et d'optimisation. Ce partenariat a l'immense avantage d'accompagner les équipes dans la gestion des changements et de s'assurer d'introduire les meilleures pratiques.

Le programme de formation et de perfectionnement s'inscrit dans un processus très bien structuré, en lien avec les objectifs inscrits à la planification stratégique et qui tient compte des règles inscrites aux conventions collectives. La collecte des données s'effectue de façon transparente et collaborative. Les conseils de professionnels dont le CM, le CII et le CIIA et les partenaires syndicaux sont informés des plans de formation. Cependant, l'équipe est invitée à prévoir des mécanismes de consultation et de participation des conseils de professionnels et des syndicats.

L'organisation est félicitée pour les efforts déployés pour habiller les cadres à assurer plus de leadership dans la gestion des équipes. Le centre d'expertise en développement organisationnel est un bel exemple des solutions innovatrices mises de l'avant par l'équipe pour développer les capacités de leadership des gestionnaires liés aux nouveaux défis de gestion. Tenant compte de l'ampleur du projet de transformation de l'organisation, l'équipe est invitée à évaluer l'effet et la pertinence de ces différentes mesures sur l'amélioration des capacités de leadership des gestionnaires.

L'établissement a mis en place un processus structuré d'accueil des nouveaux employés. Ce programme répond adéquatement aux besoins de gestion administratifs des dossiers, la communication de la mission, de la vision et des valeurs de l'établissement, la communication d'informations liées à la qualité et à la sécurité et à l'intégration harmonieuse de l'employé au sein de l'équipe. Des entrevues de départ sont effectuées lorsqu'un employé quitte le travail.

La relance du programme d'appréciation de la contribution du personnel demeure un défi pour l'organisation. La mise en place du nouveau plan d'organisation et ses impacts sur le quotidien des gestionnaires limitent la capacité des gestionnaires à rencontrer l'ensemble de son personnel dans les délais fixés. La direction est invitée à poursuivre ses efforts dans l'implantation du programme comme mesure de développement et de mobilisation. L'équipe est invitée à développer de nouvelles formules d'évaluation qui sont moins consommatrice de temps.


L'établissement a fait de la reconnaissance une priorité. Un programme intégré de reconnaissance est en élaboration avec la participation des représentants des employés.







L'établissement est félicité pour l'élaboration d'un processus de gestion des activités conflictuelles avec l'équipe médicale pour signaler tous comportements qui vont à l'encontre du code de conduite et permettre la résolution de problèmes de comportements.

Le programme SIMDUT est à jour et déployé dans tout l'établissement. Tous les employés reçoivent de l'information lors de la séance d'accueil et ont accès à la documentation pertinente.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
<p>15.7 Une stratégie documentée et coordonnée est en place pour travailler en partenariat avec les usagers et les familles afin de recueillir des renseignements exacts et complets sur les médicaments des usagers et de se servir de cette information aux points de transition des soins.</p> <p>NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>15.7.1 Une politique et une procédure sur le bilan comparatif des médicaments sont en place pour recueillir et utiliser des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur à tous les points de transition des soins.</p> <p>15.7.2 Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.</p> <p>15.7.3 Un plan est en place pour mettre en oeuvre le bilan comparatif et en assurer le maintien. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

15.7.4	Le plan organisationnel est dirigé et maintenu par une équipe de coordination interdisciplinaire.	SECONDAIRE
15.7.5	Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent de la formation.	PRINCIPAL
15.7.6	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	SECONDAIRE
15.8	Au moins une analyse prospective liée à la sécurité des usagers est effectuée et des améliorations appropriées sont ensuite mises en oeuvre.	
15.8.1	Au moins une analyse prospective a été effectuée dans l'année.	PRINCIPAL
15.8.2	Les résultats découlant de l'analyse ont été utilisés pour apporter des améliorations.	SECONDAIRE
15.9	La culture de sécurité des usagers dans l'organisme est surveillée en utilisant le Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers.	
15.9.1	Le Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers est rempli au moins une fois pendant chaque cycle d'agrément.	PRINCIPAL
15.9.2	Des mesures sont prises en réaction aux derniers résultats du Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers.	
16.1	Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.	
16.2	Un processus défini est suivi pour sélectionner et surveiller les processus et les mesures de résultats à l'échelle de l'organisme dans le but d'évaluer le rendement de ce dernier d'un point de vue stratégique.	
16.4	L'organisme a téléchargé un rapport de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur pour les services auxquels cela s'applique. Pour obtenir plus d'information, prière de consulter la documentation qui traite des exigences relatives à l'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur dans le portail des organismes.	
16.5	Des mesures ont été prises en fonction des résultats de l'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'organisme met en place plusieurs actions afin que la dimension de la qualité puisse être déployée dans toutes les sphères. Cependant, la gestion intégrée de la qualité n'est pas présente. L'organisme en est conscient et prendra les mesures afin de se conformer à cette exigence. L'organisme est donc invité à développer et à définir son programme-cadre en matière de gestion intégrée de la qualité. À l'intérieur de ses travaux, l'organisme est encouragé à inclure un usager partenaire afin qu'il puisse collaborer à la démarche et ainsi, donner un sens important à l'expérience patient.

La gestion des risques existe dans l'organisme, mais elle n'est pas intégrée. L'organisme est encouragé à développer l'approche d'analyse prospective afin de comprendre les causes et les résultats et à mettre en place les actions d'amélioration requises afin d'atténuer ou d'éliminer les risques.

L'organisme est invité à mettre en oeuvre un plan intégré d'amélioration de la qualité afin de bien définir ses actions à venir et à obtenir un appui fort de la gouvernance. Une fois ces préalables obtenus, la diffusion d'un tel plan permettra à tous les intervenants, les médecins, les partenaires externes et les patients et les usagers de bien connaître les éléments du plan intégré d'amélioration de la qualité. Présentement, les intervenants connaissent peu ou pas les éléments d'un tel plan.

D'importants travaux devront être déployés afin que l'activité du bilan comparatif du médicament puisse se déployer en conformité des exigences requises. Les rôles et les responsabilités des professionnels et médecins ne sont pas clairement définis.

Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
1.7 Un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.8 Le cadre d'éthique définit les processus de gestion des problèmes, des dilemmes et des préoccupations liés à l'éthique.	
1.12 L'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique est utilisée afin d'améliorer la qualité des services.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Le processus de gestion des problèmes éthique fait l'objet d'une refonte en profondeur pour s'arrimer avec la mise en place du CISSS de Chaudière-Appalaches. Les comités d'éthiques cliniques des différents CSSS qui ont fait l'objet du regroupement ont été abolis pour faire place à une éventuelle nouvelle structure en éthique clinique et organisationnelle pour mieux répondre aux besoins de consultation, support, et formation en éthique clinique et organisationnelle.

L'équipe du bureau d'éthique, mandaté à cette fin, a déposé un projet novateur de mise en place d'un comité d'éthique clinique et organisationnelle qui traitera des questions soulevées par les activités des professionnels et des dynamiques telles que la mission de l'organisation, ses responsabilités envers les usagers et la communauté, sur la qualité du travail des différents groupes de soignants, sur les relations qu'ils entretiennent entre eux et d'autre part sur la manière d'exercer le leadership. Un projet-cadre de fonctionnement des comités d'éthique clinique et organisationnel été déposé et adopté par le conseil.

Pendant la période de transition, l'établissement a maintenu la possibilité d'adresser des demandes de consultations éthiques, lesquelles sont adressées au gestionnaire et au professionnel affectés au bureau d'éthique clinique. Une moyenne de trois à quatre demandes de consultations est traitée mensuellement par l'équipe.

Tous les efforts des membres du bureau d'éthique sont concentrés à la mise en place des comités d'éthique clinique et organisationnelle, notamment l'élaboration du cadre de référence et le recrutement des membres des trois comités d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) et du comité d'éthique organisationnelle stratégique (CEOS).

Le cadre de fonctionnement des CECO et du CECOS définit la structure de l'éthique clinique et organisationnelle, le mandat et les rôles des parties impliquées ainsi que les modalités mises en place pour supporter les intervenants et les usagers de l'établissement. La mise en place de cette nouvelle gouverne représente un énorme défi pour l'organisation, mais il se conforme en tous points aux exigences d'Agrément Canada.

L'établissement participe également à des projets de recherche locaux et multicentriques. Un comité d'éthique de la recherche est en place. Le cadre réglementaire lié à l'éthique de la recherche a été adopté par le conseil d'administration le 9 décembre 2015. La documentation concernant la formulation d'une demande d'évaluation d'un projet de recherche autonome ou multicentrique, l'évaluation d'un projet de recherche, le renouvellement annuel de l'approbation d'un projet de recherche et le formulaire d'information et de consentement, sont complets.

Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'organisme est soutenu par du personnel d'encadrement qualifié dont l'expertise contribue à assurer les communications internes tant verticales qu'horizontales ainsi qu'à entretenir des communications avec les partenaires externes. Des défis sont toutefois présents afin d'harmoniser les outils de communication ainsi que les politiques et procédures nécessaires.

Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
9.1 L'environnement physique respecte les lois, les règlements et les codes qui s'appliquent.	!
Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives	
3.1 L'aménagement physique de la salle d'opération ou d'intervention et l'équipement sont conçus de manière à tenir compte du déplacement des usagers, des allées et venues, des types d'intervention effectuée, de l'ergonomie et de la logistique qui accompagne la circulation de l'équipement.	
3.2 Le secteur où se déroulent les interventions invasives est constitué de trois niveaux d'accès de plus en plus limité : zone d'accès non limité, zone d'accès modéré et zone d'accès limité.	!
3.10 Un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération ou d'intervention et des secteurs connexes est affiché à un endroit où tous les membres de l'équipe peuvent accéder.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisme dispose d'un vaste territoire où sont réparties plus d'une centaine d'installations physiques distinctes environ 108. Ceci représente un défi pour l'organisme afin de bien connaître les enjeux spécifiques dans chacune de ses installations. Malgré ce défi, la connaissance des enjeux est présente et se raffine progressivement. Ainsi, l'organisme est en mesure d'établir un plan de ses priorités afin d'améliorer l'environnement physique.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.


Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'organisme accorde une très grande importance aux activités de préparation en vue d'une situation d'urgence. Des activités de formation sont planifiées et réalisées selon les calendriers établis. La structure d'encadrement mise en place favorise nettement la sécurité dans tout l'organisme. Malgré le nombre important d'installations physiques présentes sur le territoire, tous les bâtiments disposent d'un plan d'urgence connu des équipes en place. Ceux-ci ne sont pas encore harmonisés, ces travaux sont à venir, mais l'absence d'harmonisation ne compromet pas la sécurité.

De plus, une application mobile et WEB a été retenue afin de soutenir tous les intervenants mandatés à assurer la garde à distance pour les mesures d'urgence. Cette application offre une panoplie d'informations critiques, mises à jour régulièrement, permettant à l'intervenant de garde de prendre des décisions spécifiques. L'organisme a vécu à quelques reprises des situations d'urgence et ces événements critiques ont démontré l'agilité de l'organisme à prendre les actions appropriées. Un exercice «code orange» a réuni des acteurs internes et externes engagés à répondre de manière efficace aux situations d'urgence. Ces exercices sont présents pour différents codes d'intervention. Toutefois, certains secteurs visités démontrent que les exercices en prévision d'une situation d'urgence doivent être davantage consolidés.

Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
13.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme collabore avec d'autres prestataires de services et d'autres partenaires en vue d'améliorer et d'optimiser le cheminement des usagers.	
<p>13.4 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>NOTA : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.</p> <p>13.4.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, est tenu responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.</p> <p>13.4.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.</p> <p>13.4.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.</p> <p>13.4.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

13.4.5	L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).	PRINCIPAL
13.4.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	SECONDAIRE

Ensemble de normes : Services d'urgence

3.5	Les obstacles qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.	
3.6	Des services d'urgence complets sont fournis en collaboration avec les partenaires.	
3.9	La planification des congés est effectuée avec d'autres services et programmes de soins de santé et elle comprend l'information au sujet des acheminements.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Le processus de gestion des lits et des séjours actuellement en place à Hôtel-Dieu de Lévis est sous-optimal et les membres ont des moyens insuffisants et limités pour actualiser les décisions de sorties et de réorientation des usagers. Les membres sont invités à s'adjoindre les services de représentants du service d'accueil, des services de première ligne et des ressources alternatives du territoire. La contribution et l'imputabilité de l'équipe médicale et du médecin coordonnateur devraient être élargies. Le désencombrement de l'urgence devrait également être reconnu à titre de priorité du site hospitalier et les décisions du comité d'admission et de séjour devraient assujettir les actions de tous les professionnels. L'équipe est aussi invitée à élaborer un plan de communication et d'affichage afin que la situation d'encombrement soit connue quotidiennement de tous les travailleurs du centre hospitalier.

L'équipe vient de mettre en place un plan de gestion de désencombrement de l'urgence comprenant quatre plans de désengorgement locaux sur les quatre sites hospitaliers et un plan régional qui répond adéquatement au besoin d'associer toutes les ressources du CISSS et des partenaires à des solutions intégrées de désengorgement des urgences. Son application sera optimale lorsque l'équipe aura complété la nouvelle structure de gouverne des comités d'admission et de séjours.

Au cours des derniers mois, l'organisation a conduit des travaux d'analyse et d'optimisation de la performance comme la cartographie du processus de la gestion des lits, le chantier P4-P5, la revue des dossiers pour les longs séjours, l'analyse de la performance hospitalière, l'amélioration de la trajectoire NSA pour la clientèle âgée en perte d'autonomie, etc. De plus, l'organisation a mis en place une structure de gouvernance pour coordonner le suivi d'un ensemble de projets d'optimisation, dont le projet de gestion des séjours et le projet d'optimisation de la performance des services psychosociaux et de réadaptation physique. En évaluant les données sur le cheminement des usagers, l'équipe pourra mettre au point des stratégies pour répondre plus adéquatement aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion.

L'équipe est félicitée pour sa participation au projet collaboratif ACE (Acute Care For Elders) pour les soins actifs pour les personnes âgées qui visent à améliorer la trajectoire de soins de personnes âgées en évitant que celles en perte d'autonomie occupent des lits de courte durée en centre hospitalier et génèrent des réadmissions à l'hôpital et des consultations supplémentaires à l'urgence.


L'équipe est aussi félicitée pour sa désignation de centre secondaire pour les AVC, dans le continuum de soins et de services pour la prévention et le traitement des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC).

L'équipe de l'urgence utilise l'approche adaptée (AAPA) à la personne âgée dans ses pratiques de soins et services aux personnes âgées. Il y aurait lieu d'effectuer une relance et de prévoir des activités de formation au personnel pour consolider l'approche.

L'équipe aura à relever les défis suivants notamment l'actualisation et la consolidation de la gouvernance des nombreux chantiers à venir et assurer la diffusion et l'information de ceux-ci au personnel pour faciliter leur adhésion et leur compréhension.

Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux

Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
9.5 Un processus est en place pour offrir une formation aux équipes sur le fonctionnement sécuritaire de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux.	!
9.6 Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.	
9.8 Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre.	
9.8.1 Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.	PRINCIPAL
9.8.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.	SECONDAIRE
Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	
2.5 L'organisme effectue une évaluation initiale puis des évaluations annuelles des compétences des membres du personnel affectés au retraitement et à la stérilisation.	
3.1 Lors de la planification et de la conception du service de retraitement des appareils médicaux, l'organisme tient compte du volume et des types de services de retraitement et de stérilisation, du déplacement des appareils et de l'équipement et de la circulation.	
3.3 Le service de retraitement des appareils médicaux est conçu de manière à empêcher la contamination croisée de l'équipement ou des appareils, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les différentes aires de travail.	!
3.6 Pour les planchers, les murs, les plafonds, les installations fixes, la tuyauterie et les surfaces de travail, l'organisme choisit des matériaux qui limitent la contamination, qui facilitent le nettoyage et la décontamination et qui ne répandent pas de particules ou de fibres.	

3.7	L'équipe travaille avec d'autres équipes de l'organisme en vue d'assurer le nettoyage approprié de l'aire de stérilisation.	!
4.2	Lorsqu'elle détermine ou met à jour ses politiques de prévention des infections, l'équipe travaille étroitement avec le personnel, l'équipe ou le comité de prévention des infections.	
4.3	L'équipe suit un processus pour établir et maintenir ses procédures d'opération normalisées (PON) en matière de retraitement et de stérilisation.	
4.4	L'équipe rédige ses PON avec clarté et concision et suivant la présentation établie.	
4.11	Les chefs d'équipe approuvent par écrit les nouvelles PON mises à jour.	
5.2	Les installations d'hygiène des mains du service de retraitement des appareils médicaux sont équipées de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou d'un oeil magique.	!
5.3	Les membres du personnel reçoivent une formation sur les techniques de lavage des mains.	!
5.9	L'équipe effectue régulièrement des évaluations quant à l'ergonomie et à la santé et la sécurité au travail de son service de retraitement des appareils médicaux.	
7.1	L'organisme suit un processus pour sélectionner et acheter l'équipement en se basant sur les exigences liées au retraitement et à la stérilisation, les commentaires du personnel et des prestataires de services, de même que les exigences relatives à l'entretien, au nettoyage et à la prévention des infections.	
8.1	L'organisme évite de procéder au retraitement sur place des appareils et instruments critiques et semi-critiques à usage unique.	!
11.1	L'organisme veille à ce que le personnel reçoive une formation sur les politiques et les procédures en matière de retraitement des appareils d'endoscopie, s'il y a lieu.	!
11.3	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie comportent des aires de travail séparées pour le nettoyage et la décontamination, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	!
11.8	L'organisme range les appareils d'endoscopie de manière à réduire la contamination et les dommages au minimum.	!

13.1	L'équipe dispose d'un système de la gestion de la qualité consigné pour ses services de retraitement et de stérilisation, qui intègre les principes de l'appréciation de la qualité, de la gestion des risques et de l'amélioration continue.	
13.2	Dans le cadre du système de la gestion de la qualité, l'équipe forme le personnel pour déceler et évaluer les risques, les classer par ordre de priorité, les réduire et les faire connaître dans l'aire de retraitement.	!
13.3	L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès des clients, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.	
13.11	L'organisme suit un processus pour procéder à la collecte régulière des données qui découlent des indicateurs afin de suivre ses progrès.	
13.13	L'organisme met en oeuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	!
13.14	L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	
13.15	L'organisme examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.	
13.16	L'équipe vérifie et consigne la qualité des services de retraitement offerts dans d'autres secteurs ou par des sous-traitants.	!
Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique		
8.1	La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement et de stérilisation dans l'organisme passe en revue et approuve les installations de l'équipe ainsi que les politiques et procédures de nettoyage et de retraitement.	
8.2	Si l'équipe n'a pas accès aux ressources nécessaires pour le nettoyage et le retraitement sécuritaires de l'équipement ou des appareils de diagnostic au point d'utilisation, elle les achemine au service de retraitement des appareils médicaux ou à un fournisseur de l'externe.	!
8.6	Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux clients.	!

8.7 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.



Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives

4.13 L'équipement, les appareils et instruments médicaux et les fournitures propres et stériles sont rangés séparément de l'équipement souillé et des déchets selon les directives du fabricant.



Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Les équipes sont engagées et fières de leur travail.

Les établissements ont tous des procédures opératoires normalisées (PON) aux services de retraitement. Les PON servent à réduire les risques d'incident et d'accident, favorisent l'uniformité dans l'application des processus et facilitent le travail au quotidien. Plusieurs sont à compléter pour les rendre conformes aux normes notamment le titre, le numéro d'identification unique, la signature par la personne responsable qui a accordé l'autorisation. Les normes exigent que les PONS soient revues de façon régulière. Ce travail est en cours de réalisation. Une base de documentation a été créée pour partager les politiques et les procédures et la documentation des différentes installations pour les services de retraitement et de stérilisation.

L'utilisation de photo numérique est une excellente idée et cette pratique est très appréciée du personnel de la stérilisation et des salles d'opération.

L'équipe est invitée à établir un calendrier d'audit pour vérifier les bonnes pratiques du lavage des mains, de la désinfection, du prélavage, du nettoyage, de la désinfection ainsi que du circuit de transport de matériel souillé et stérile pour éviter toute contamination croisée et à s'assurer des bonnes pratiques et d'un entreposage optimal du matériel souillé et stérile avec toutes les parties prenantes comme les unités de soins, les CLSC, les GMF, les CHSLD, etc.

Le programme d'entretien préventif est en processus d'uniformisation pour l'ensemble du CISSS. Il couvrira tous les appareils médicaux y compris le petit équipement incluant un calibrage.

Il est spécifié dans l'appel d'offres lors d'achat de nouveaux équipements les paramètres pour la formation clinique, technique et documentaire. Une politique et procédure précisant les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans le processus est en élaboration. Un plan de communication pour faire connaître les rôles et responsabilités de chacun des acteurs clés aux services des achats et de l'entretien préventif sera un atout pour promouvoir l'implantation de ces nouveaux processus et clarifiera les rôles de chacun au niveau des gestionnaires cliniques.

Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des sections de normes, puis des processus prioritaires.

Les processus prioritaires propres aux normes sur les populations spécifiques sont les suivants :

Santé et bien-être de la population

- Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population - Intégration horizontale des soins

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population	

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population

Le continuum du programme jeunesse a clairement fait l'objet d'une réflexion et d'une analyse soigneusement travaillées. L'offre de service qui en ressort tient compte de tous les éléments majeurs du cheminement du jeune. Les mandats de promotion et de prévention ont leur place dans le continuum de services.

Un processus de cueillette de l'information pour comprendre et bien identifier les populations prioritaires est bien défini. Il tient compte des données de surveillance fournies par les responsables de la direction de santé publique et celles des données issues de la direction de la protection de la jeunesse.

Le partenariat est une force majeure du programme jeunesse. Plusieurs tables de concertation sont en place et de multiples ententes formelles et informelles sont établies.

Malgré le contexte de transformation, l'équipe du programme jeunesse a maintenu une proximité locale avec les partenaires pour préserver le plus possible les saveurs locales et les spécificités de chacun des RLS.

L'équipe du programme jeunesse est félicitée pour le souci de maintenir à jour les données concernant l'état de santé de leur population jeunesse et pour avoir identifié leurs populations prioritaires, pour l'intérêt et les occasions saisies pour réaliser ou s'associer à des projets de recherche multicentriques, pour leur démarche de révision de programmes à la suite de leurs travaux d'analyses de leurs clientèles et de leurs populations prioritaires, pour leur partenariat développé avec les différents acteurs intersectoriels comme les organismes communautaires, les acteurs des milieux scolaires, municipal et des CPE.

L'organisme est invité à actualiser un processus de cogestion optimal et fluide, avec la direction de santé publique, pour maximiser les services de promotion de la santé et de prévention des maladies dans le continuum de programme jeunesse et pour maintenir un niveau de compétences optimal des intervenants de la direction jeunesse.

L'organisme est encouragé à consolider les partenariats, avec les acteurs du territoire, en se dotant d'ententes formelles qui précisent, entre autres, les rôles et les responsabilités, les engagements en lien avec la formation, les mécanismes de diffusion des informations, etc.

L'organisme est invité à définir un système de mesures, de suivis et d'évaluation permettant l'ajustement des pratiques nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés, à poursuivre les travaux concernant les guichets d'accès qui permettront une diminution des délais d'attente, à actualiser, à la suite des réflexions amorcées, le concept du patient partenaire qui permettra, à partir des besoins de la population jeunesse, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des ensembles de normes, puis des processus prioritaires.

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

Analyses de biologie délocalisées

- Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

Épisode de soins

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Aide à la décision

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

Impact sur les résultats

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

Dons d'organes et de tissus

- Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.

Gestion des médicaments

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

Prévention des infections

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.

Services de diagnostic – Imagerie

- Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

Services de diagnostic – Laboratoire

- Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

Services transfusionnels

- Services transfusionnels

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
1.1 Le comité interdisciplinaire dispose de rôles et de responsabilités bien définis pour la gestion des médicaments, qui sont conformes aux lois et aux règlements applicables.	!
1.2 Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de diverses équipes qui participent à la gestion des médicaments.	!
1.3 Le comité interdisciplinaire évalue régulièrement ses rôles et ses responsabilités, et apporte des améliorations au besoin.	
8.2 L'organisme dispose d'une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système informatique de la pharmacie.	!
11.2 L'organisme dispose d'une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes.	!
11.3 L'organisme dispose d'un processus pour procéder régulièrement à la mise à jour de l'information relative aux médicaments qui est stockée dans les pompes intelligentes.	!
11.4 L'organisme vérifie régulièrement les limites incontournables et les limites contournables établies dans le but de s'assurer que la pompe intelligente fonctionne bien.	!
11.5 L'organisme vérifie régulièrement les limites incontournables et les limites contournables établies, et il fait les changements qui s'imposent.	

27.8 Le comité interdisciplinaire communique les résultats des évaluations au personnel et aux prestataires de services.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La gestion des médicaments est bien organisée et elle respecte les lois et règlements en vigueur. Les documents de plusieurs comités nous ont été transmis, mais on nous assure que la nouvelle structure se limitera à un seul comité interdisciplinaire de gestion des médicaments dans le CISSS qui sera supporté par un comité opérationnel dans chaque site.

Les pharmaciens de la région ont développé des liens de communication et de support mutuel depuis longtemps, bien avant la création du CISSS, ce qui facilite l'harmonisation des pratiques et la collaboration entre les sites ainsi que la mise en oeuvre d'un département de pharmacie régional. Des activités de télépharmacie sont déjà en cours avec des hôpitaux du CISSS de Laurentides qui connaissent des pénuries de pharmaciens.

Les responsables de la gestion des médicaments du CISSS Chaudière-Appalaches répondent déjà aux besoins des clientèles de plusieurs CHSLD situés à distance des sites qui abritent les pharmacies.

Les responsables de la gestion des médicaments du CISSS ont proposé une procédure d'amélioration des normes de cancérologie qui leur ont valu un prix de la Direction québécoise en oncologie.

Le bilan comparatif des médicaments préoccupe tous les pharmaciens, mais l'implication des autres professionnels du CISSS n'est pas toujours au rendez-vous et les effectifs de la pharmacie ne sont pas en mesure d'assumer seuls cette responsabilité qui relève de l'établissement et non pas seulement de la pharmacie.

La numérisation des activités de pharmacie n'est pas complétée dans tous les sites, mais des projets sont en cours et leur réalisation devrait permettre une plus grande complémentarité entre les sites.

On ne communique pas toujours les résultats des évaluations de la gestion des médicaments au personnel et aux prestataires de services; la diffusion de ces résultats serait utile pour rallier les partenaires à l'amélioration des services perfectibles et favoriserait la promotion du sentiment d'appartenance des collaborateurs dans les cas des meilleures pratiques.

L'intégration d'un représentant patient partenaire dans les comités et lors des réunions avec les pharmaciens communautaires serait un atout non négligeable avant les prises de décisions qui touchent directement ou indirectement la population.

Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	
1.3 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD travaille avec un comité interdisciplinaire de professionnels pour définir l'étendue des services d'ADBD et surveiller leur exécution. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.1.2.	
1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
4.1 L'organisme dispose d'une PON pour chaque ADBD qu'il effectue sur place.	
4.2 Chaque PON contient le titre, l'objectif de la PON, le nombre de pages, un numéro d'identification unique, la date d'entrée en vigueur et des révisions, la signature de la ou des personnes qui ont accordé l'autorisation et la date à laquelle l'autorisation a été signée, un plan détaillé des étapes à suivre, et le nom de la personne responsable de vérifier, de réviser et d'autoriser la PON.	
4.3 Chaque PON contient l'objectif et les limites de l'analyse, les instructions étape par étape sur la façon d'effectuer l'analyse et d'utiliser les appareils nécessaires de manière adéquate, les valeurs de référence des résultats, y compris les valeurs critiques, les critères concernant l'acceptation ou le rejet des échantillons, les procédures de contrôle de qualité ainsi que les références documentaires.	
4.6 Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD revoit et évalue annuellement l'efficacité des PON, et ajuste les PON, les activités de formation ou les processus de contrôle, au besoin.	
4.8 L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client.	
5.1 L'organisme conserve un inventaire précis et à jour de tous les appareils d'ADBD.	!
5.3 L'organisme suit une procédure écrite pour l'installation, la validation et le calibrage de tout nouvel appareil d'ADBD.	!

5.4	L'organisme suit des procédures écrites pour entreposer, manipuler, nettoyer et désinfecter les appareils d'ADBD.	!
7.1	Celui qui effectue une ADBD doit recevoir une requête écrite ou électronique d'un clinicien pour chaque ADBD.	!
7.2	Avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD vérifie que le clinicien s'est conformé à la marche à suivre pour demander une ADBD.	!
7.3	Lorsque l'organisme reçoit une requête verbale pour une ADBD, il dispose d'une PON pour répondre au clinicien et demander qu'il fasse parvenir une requête écrite ou électronique.	!
7.4	L'organisme utilise une requête écrite standardisée pour les ADBD qui lui permet de recueillir toute l'information nécessaire au sujet du client, des échantillons et des analyses demandées.	!
8.4	Lorsqu'il prélève les échantillons, celui qui effectue une ADBD respecte la PON en vue de sauvegarder l'intégrité de ceux-ci et d'assurer la sécurité des clients.	!
9.4	Les professionnels de la santé suivent une procédure documentée pour communiquer les résultats des ADBD lorsque ceux-ci se situent à l'extérieur des intervalles de références pour les valeurs normales.	!
9.5	Lorsque l'organisme communique verbalement les résultats des ADBD, les résultats et les méthodes utilisées pour obtenir ces résultats doivent ensuite être consignés par écrit en précisant qu'il s'agit des résultats d'ADBD.	!
10.6	Celui qui effectue une ADBD recueille et consigne les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.	!
10.7	Celui qui effectue une ADBD consigne les données sur le contrôle de qualité des ADBD dans un registre quotidien.	!
10.8	Celui qui effectue une ADBD compare et met en corrélation régulièrement les résultats des contrôles de qualité avec un laboratoire de biologie médicale.	!
10.9	L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ADBD et obtenir de la conformité aux résultats obtenus. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées**

Il y a eu un progrès considérable pour les analyses de biologie délocalisées (ABBD) depuis le dernier agrément.

La formation avec certification pour les intervenants est un des points forts pour les analyses de biologie délocalisées (ABBD). De plus, une nouvelle certification se fait annuellement.




La responsable de la qualité est responsable des ABBD fait un suivi rigoureux pour les intervenants effectuant les ABBD. La déclaration des incidents-accidents permet d'identifier les problématiques et d'assurer un suivi. Des audits sont effectués deux fois par année.

L'équipe est invitée à implanter un comité multidisciplinaire regroupant les responsables tant au niveau des soins infirmiers qu'au niveau du laboratoire. Ce comité permettrait à l'organisme d'analyser les données recueillies à l'aide d'indicateurs de qualité mesurables afin d'orienter les prises de décision et les pistes d'amélioration. Ce comité permettrait d'évaluer la pertinence des ABBD et de s'assurer qu'aucune ABBD ne soit effectuée sans l'autorisation du comité.

L'organisme est invité à participer à un contrôle de qualité externe dans un optimum de qualité. L'arrivée d'un nouveau biochimiste clinique se fera en juin prochain, ce qui facilitera l'implantation des contrôles de qualités externes et du comité multidisciplinaire.

L'équipe a un grand souci d'offrir des services sécuritaires et de qualité.

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
7.4 L'organisme dispose de restrictions de travail conformes aux lignes directrices de santé et sécurité au travail pour le personnel, les prestataires de services et les bénévoles qui ont une maladie transmissible.	
7.7 L'organisme utilise des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants.	
8.6 L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains. 8.6.1 L'organisme évalue sa conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains en utilisant des méthodes d'observation directe (p. ex., des vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer plusieurs autres méthodes à la fois (deux ou plus).	 PRINCIPAL

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)



Processus prioritaire : Prévention des infections

L'équipe de prévention et contrôle des infections est dévouée, disponible et très impliquée auprès des différentes instances et à l'écoute des besoins des équipes. Elle applique avec rigueur les recommandations.

Il est également important de souligner la présence d'une vision régionale partagée et d'une grande collaboration dans l'ensemble des dossiers et des différents projets d'harmonisation des pratiques avec les différents partenaires, dont le service d'hygiène et salubrité.

Ensemble de normes : Services d'urgence - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.5 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
4.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
4.14 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
4.16 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
6.6 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>10.5 En partenariat avec les usagers, familles ou soignants (selon le cas), l'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'usagers non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).</p> <p>10.5.1 L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.</p>	<p>POR</p> <p>PRINCIPAL</p>


10.5.2	Les critères pour un groupe cible d'usagers non admis qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments sont déterminés et les raisons expliquant le choix de ces critères sont consignées.	PRINCIPAL
10.5.3	Quand des ajustements sont apportés aux médicaments d'usagers non admis du groupe cible, un MSTP est produit en partenariat avec les usagers, familles ou soignants et l'information est consignée.	PRINCIPAL
10.5.4	Pour les usagers non admis du groupe cible, les changements apportés aux médicaments sont communiqués au prestataire de soins primaires.	PRINCIPAL
10.6	Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
10.6.1	Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	PRINCIPAL
10.6.2	L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
10.6.3	L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
10.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
10.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
12.3	La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.	
12.16	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
12.16.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	PRINCIPAL
12.16.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

16.3	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.	!
16.4	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.	!
16.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.	!
16.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
17.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
18.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
18.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
18.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
18.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
18.7	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
18.10	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!

18.11 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.	
18.13 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.	

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

Les équipes des services des urgences sont dynamiques et très engagées. Il y a une collaboration médico-nursing étroite et un bon sens de l'organisation du travail. L'équipe connaît bien sa clientèle et elle possède des statistiques justes sur la clientèle desservie dans son territoire.

Il y a une implication et un leadership médical dans la planification des services, les activités liées aux développements et le maintien des compétences notamment le volet apprentissage et les activités de recherche.

Processus prioritaire : Compétences

Le maintien de la compétence, le développement de l'expertise, et la formation des stagiaires notamment pour les médecins et les infirmières sont des valeurs qui guident les équipes dans la planification de la formation.

Une conseillère en soins dédiée aux services des urgences est accessible et agit à titre de personne ressource pour le développement des compétences infirmières.

Les équipes sont encouragées à évaluer et à identifier les besoins en formation de l'équipe de soins et à conserver un registre des formations avec les suivis requis.

Les équipes sont invitées à poursuivre de façon régulière les évaluations au rendement du personnel.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisme est encouragé à poursuivre les travaux d'amélioration continue pour assurer la surveillance adéquate et la réévaluation des patients.

Le projet Rémi pour l'identification des patients à risque de suicide est bien implanté.

Les équipes sont encouragées à implanter l'approche adaptée à la personne âgée et le processus du bilan comparatif à l'admission au transfert et au congé.

On invite les équipes à revoir le plan de contingence hospitalier afin de l'utiliser à sa pleine capacité lorsque requis.

Le traceur observé aux services des urgences a été effectué par le biais des activités suivantes : visite des lieux, rencontres individuelles avec le personnel, infirmières, infirmières auxiliaires, médecins, professionnels et gestionnaires.

La trajectoire de soins est bien définie, en fonction de l'état clinique du patient. La coordination entre les services préhospitaliers et les services des urgences est bien développée et assure une continuité de soins sans heurt.

Au CLSC Saint-Jean-Port-Joli, les changements apportés, en 2011, au niveau de la couverture médicale à l'urgence ambulatoire répondent aux besoins de la demande de service. Les infirmières qui se retrouvent seules peuvent accéder à un soutien médical à distance avec la technologie de la télémédecine de l'UCCSPU.

L'environnement physique des lieux des services des urgences du CHAU de Lévis et de l'Hôpital de Montmagny favorise un environnement de travail fonctionnel optimal.

L'organisme est invité à revoir l'environnement physique des lieux des services des urgences de l'Hôpital de Saint-Georges et de l'Hôpital de Thetford Mines.

À l'Hôpital de Saint-Georges, l'organisme est invité à revoir l'environnement physique des lieux au triage afin d'assurer la confidentialité des patients et une surveillance adéquate des patients dans la salle d'attente et à revoir l'environnement physique dans l'aire d'observation des patients afin d'assurer la dignité des patients et améliorer la prévention et le contrôle des infections.

À l'Hôpital de Thetford Mines, les équipes sont encouragées à revoir l'aménagement physique de la chambre dédiée au patient à risque suicidaire. L'emplacement dans la salle d'attente pour les patients avec symptômes respiratoires aurait avantage à être révisé.

Les patients rencontrés se sont dits satisfaits de l'accueil, des informations et des soins et des services reçus.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Des critères d'orientation pour la clientèle adulte et pédiatrique existent et sont utilisés par le personnel au triage.

L'outil de repérage PRISMA-7 est administré à la clientèle âgée de 75 ans et plus installée sur civière.

Les équipes de soins ont accès en temps opportun aux dossiers des usagers.

Le système MED-URGE est utilisé au CHAU de Lévis, à l'Hôpital de Montmagny et à l'Hôpital de Thetford Mines. L'Hôpital de Saint-Georges utilise SIURGE.

L'organisme est encouragé à se doter d'un système d'information pour mesurer le délai d'attente entre l'arrivée et le triage du patient au CHAU de Lévis, à l'Hôpital de St-Georges.

Les équipes doivent travailler avec un système papier et l'informatique, car les interfaces entre les systèmes ne sont pas toutes faites. Cette dynamique transitoire amène un risque de bris au niveau du transfert d'information clinique et les équipes doivent demeurer très vigilantes.

De nombreux outils d'aide à la décision sont déjà disponibles et les équipes ont un plan pour en développer davantage. Les équipes ont développé des protocoles de soins cliniques et des ordonnances collectives pour certains diagnostics courants à l'urgence.

L'unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) a complété son offre de services. Les services offerts sont les suivants : le dépistage des infarctus aigus avec élévation du segment ST, le constat de décès à distance, le soulagement de la douleur et le soutien médical aux établissements. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a remis le grand prix innovation clinique Banque Nationale 2015 au CISSS de Chaudière-Appalaches en novembre 2015 pour son projet de contribution de l'infirmière lors d'un constat de décès à distance.

Des procédures de réorientation de la clientèle P4 et P5 au CHAU de Lévis sont en voie de développement avec les super-cliniques du territoire de Chaudière-Appalaches.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les équipes ont travaillé sur des projets d'amélioration de la qualité du triage, des audits ont démontré une amélioration de la qualité du service au triage.

Des audits concernant la réévaluation du patient, les codes de priorités, l'orientation du patient, le PQRST et l'échelle de douleur sont fait régulièrement.

On encourage l'équipe, par le biais de son équipe qualité, à développer un programme d'amélioration continue de la qualité qui est spécifique au service des urgences.

Dans le cadre de ces activités, il sera important de développer une culture de mesure.

Les membres de l'équipe comprennent l'importance d'identifier, de signaler et de documenter les événements évités de justesse, les événements indésirables et les événements sentinelles.

On encourage l'équipe à consulter les rapports de déclaration des incidents-accidents et à les communiquer au personnel soignant.

On invite l'équipe à élaborer ses politiques et à évaluer les stratégies d'amélioration de la sécurité avec l'apport des usagers et des familles.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Une politique pour les donneurs d'organes potentiels et tous les donneurs de tissus existe et est en application.

Les équipes ont développé des protocoles standardisés, des aides à la décision clinique et de la formation pour promouvoir le don d'organes et de tissus dans l'organisation.

Une collaboration étroite des équipes des services des urgences avec Transplant Québec facilite et bonifie le processus.

Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie	
3.8 Les membres de l'équipe qui administrent un tranquillisant ou qui assurent la surveillance des clients sous sédation doivent avoir un certificat de compétence en réanimation cardiorespiratoire qui est à jour.	!
3.10 L'équipe évalue et documente le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
4.3 Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les clients qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres clients.	!
4.4 La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des clients avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.	!
4.8 La zone réservée aux services aux clients est accessible pour les clients qui utilisent des aides à la mobilité tels que des fauteuils roulants, des marchettes et des béquilles.	!
5.4 L'équipe nettoie et élimine les matières contaminées par les substances déversées, le sang et les fluides corporels conformément aux règlements du SIMDUT.	!
15.4 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Compétences**

Des espaces consacrés à la spiritualité sont disponibles.

Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie

Il existe au sein de ces équipes dynamiques et engagées un grand esprit de collaboration et la présence d'une vision régionale intégrée.

Un suivi régulier des temps d'attente et des délais moyens de réponse est réalisé. Les procédures de gestion et de priorisation des demandes favorisent une gestion optimale des services dans les délais requis et permettent de répondre efficacement aux demandes urgentes. Il faut noter les préoccupations de l'organisation à maximiser l'utilisation de l'ensemble des plateaux techniques régionaux afin d'optimiser l'accès aux services.


Afin de favoriser l'intégration et l'harmonisation du processus d'hygiène des mains, l'établissement est invité à mettre en place des mécanismes de vérifications de conformité et à partager les résultats avec l'équipe.

Les équipes sont félicitées pour l'obtention des accréditations en mammographie.

Le service d'imagerie de St-Jean-Port-Joli répond aux demandes de services et la clientèle est très satisfaite. La culture de sécurité qui est en place mérite d'être soulignée.

Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire	
1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille des données sur les niveaux d'utilisation des services de laboratoire et les temps d'attente pour accéder à ceux-ci.	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services de laboratoire.	
1.3 L'équipe se réunit au moins tous les deux ans pour passer en revue l'information recueillie auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
6.4 Les compétences de l'équipe sont évaluées après l'orientation, et régulièrement par la suite.	
6.6 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué de façon objective, interactive et constructive.	
6.7 L'équipe a accès à de la formation continue et du perfectionnement professionnel liés aux services de laboratoire.	
7.2 Le laboratoire a suffisamment d'espace pour réaliser les activités du laboratoire.	
7.6 Les locaux dont dispose le laboratoire pour la conservation des dossiers et autres activités d'ordre administratif sont séparés de ceux qui servent avant et pendant les analyses.	
7.7 Les conditions ambiantes du laboratoire relatives à l'entreposage favorisent l'intégrité de ses échantillons et des fournitures.	
8.1 Le laboratoire s'assure de la propreté et du bon entretien de tous les espaces de travail.	!
8.3 La conception et la disposition des locaux permettent de laver, de nettoyer et de désinfecter aisément les aires de travail, l'équipement, les planchers et les murs.	!

8.4	L'équipe reçoit de la formation sur les procédures de lavage des mains et elle peut accéder à des installations munies des fournitures adéquates pour le lavage des mains.	!
8.5	L'équipe s'assure de ramasser, confiner et éliminer tous les déchets de façon sécuritaire conformément aux exigences pertinentes.	!
11.3	L'équipe révisé ses PON tous les deux ans ou plus souvent si cela est nécessaire.	
16.5	L'équipe suit des directives sur la façon d'appliquer les fiches signalétiques du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) qui sont propres aux services de laboratoire.	!
19.1	L'équipe suit les PON pour la préparation de l'usager, l'identification de l'échantillon devant être prélevé, le prélèvement de l'échantillon, l'élimination en toute sécurité des matériaux utilisés pour prélever l'échantillon et le respect de la confidentialité de l'usager tout au long du processus.	!
19.2	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	
19.2.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	PRINCIPAL
24.3	L'équipe revoit les données entrées dans le SIL par le personnel pour s'assurer qu'elles sont exactes et complètes.	
24.4	L'équipe procède à un test initial puis à des tests réguliers du SIL et elle les consigne.	
26.5	L'équipe évalue régulièrement la conformité au programme de sécurité et apporte les changements qui s'imposent.	!
27.4	L'équipe se conforme à des pratiques de sécurité lorsqu'elle manipule, examine ou détruit des produits biologiques et chimiques.	!
28.6	L'équipe dispose d'un processus pour recevoir et consigner les alertes médicales et les avis de sécurité émis par Santé Canada et les organismes de réglementation provinciaux, et y accorder un suivi.	!
29.4	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire**

Dans plusieurs départements, l'équipement de haute technologie a été implanté. La robotisation au département de biochimie et d'hématologie a un impact significatif sur la qualité des services. Les départements de pathologie et de microbiologie du CHAU de Lévis auront aussi de la robotisation afin d'absorber l'augmentation significative des volumes prévue à la suite de la réorganisation du CISSS de Chaudière-Appalaches. L'espace actuel aux laboratoires du CHAU de Lévis est nettement insuffisant, d'ailleurs les corridors sont encombrés avec de l'équipement et de l'entreposage, incluant celui des lames de cytologie et de pathologie. Cependant, le plan d'amélioration locative des laboratoires est en cours et le problème de l'espace sera résolu. À l'Hôpital de Thetford Mines, l'espace d'entreposage est déficient, car certains produits chimiques et des lames de pathologie sont entreposés dans la morgue.

Le service des prélèvements du CHAU de Lévis répond aux besoins. À l'Hôpital de Thetford Mines, l'espace est adéquat. Cependant, il n'y a pas de séparation physique entre les chaises de prélèvement. Ce qui ne permet pas d'assurer la confidentialité. De plus, le temps d'attente pour la phlébotomie est souvent entre 1h30 et 2h00. À l'Hôpital de St-Georges, la confidentialité n'est pas respectée lors du processus de prélèvements. Un système similaire à celui du CLSC de Lévis permettrait d'assurer la confidentialité et l'efficacité.

L'évaluation des gestionnaires et des coordonnateurs est faite sur une base régulière, cependant celle des technologistes n'a pas été faite depuis quelques années. L'organisation est encouragée à effectuer l'évaluation du rendement de tous les employés sur une base régulière. Aussi la formation continue semble être déficiente. L'organisation est encouragée à offrir de la formation continue, entre autres, en achetant des Webinaires ou encourager le personnel à assister à des conférences données à l'intérieur de l'organisation.

L'organisation a des manuels de sécurité et tous les sites ont une personne chargée de la sécurité. Cependant dans certains cas, ces personnes n'ont pas reçu une formation appropriée. L'entreposage des produits chimiques n'est pas conforme dans les laboratoires du CHAU de Lévis et à celui de l'Hôpital de Thetford Mines. Certains cabinets utilisés ne sont pas appropriés et les non-compatibilités ne sont pas respectées. Un processus est déjà amorcé pour se procurer des cabinets adéquats. L'organisation est encouragée à continuer ce processus, à faire un inventaire complet des produits chimiques, à éliminer ceux qui ne sont plus utilisés, à étudier la possibilité de remplacer l'acide picrique solide par une alternative et à s'assurer que les produits soient entreposés en tenant en considération la non-compatibilité.

Dans certains établissements, les douches sont dans des endroits inadéquats, car elles sont proches de la chaîne de biochimie au CHAU de Lévis ou dans le corridor au laboratoire de l'Hôpital de Thetford Mines et loin des produits chimiques. Les rince-yeux ne sont pas facilement accessibles. L'organisation est encouragée à prendre en considération les besoins en protection dans les nouvelles configurations des laboratoires.

À l'Hôpital St-Georges, une technologiste est responsable de la santé-sécurité comme dans les autres sites que HDL. La technologiste a accompli un excellent travail. La création de ce poste a contribué à optimiser la sécurité dans un continuum de qualité. Dans un contexte d'harmonisation des pratiques dans le CISSS, il serait souhaitable que ce poste demeure une priorité.

Le système informatique des laboratoires (SIL) est désuet. Il ne permet pas la communication entre les différents sites. Le processus de remplacement du SIL a été amorcé il y a quelques mois. L'organisation est encouragée à s'assurer que le nouveau SIL répond à la nouvelle réalité du CISSS Chaudière-Appalaches.


Le support des spécialistes cliniques est apprécié par les technologistes. Ils sont aussi disponibles pour supporter de façon ponctuelle les collègues cliniciens dans l'interprétation des résultats et les suggestions des tests les plus appropriés. Cependant, il ne semble pas y avoir un forum formel pour discuter de meilleures pratiques et de la gestion de l'utilisation des tests de laboratoire. L'organisme est encouragé à développer des forums formels pour améliorer la collaboration proactive entre les spécialistes des laboratoires et les autres professionnels de la santé.

Un travail colossal a été fait dans la gestion documentaire, surtout grâce aux efforts de l'équipe de gestion de la qualité. L'information est facilement accessible aux utilisateurs. Cependant avec la réorganisation et le nombre de documents à produire, à modifier et à gérer, l'utilisation d'un logiciel de gestion documentaire est indispensable.

Plusieurs indicateurs de la qualité sont utilisés par les laboratoires. Parmi ces derniers, il y a les non-conformités. Ces dernières sont traitées par la gestionnaire de la qualité. Les non-conformités reliées au laboratoire sont traitées de façon efficace. Cependant, les non-conformités impliquant d'autres départements semblent plus difficiles à résoudre. Par exemple au CHAU de Lévis, le nombre de rejets d'échantillons provenant de la salle d'urgence à cause de l'hémolyse est élevé. Actuellement, il n'y a aucun canal formel de communication pour corriger cette non-conformité. L'organisme est encouragé à gérer les non-conformités en couvrant, lorsqu'approprié, les aspects administratifs, techniques et cliniques avec la participation des personnes concernées.

Avec la réorganisation, certaines personnes ont des charges trop lourdes. Ainsi la même personne est responsable de la qualité, santé et sécurité et coordonnatrice des analyses biologiques délocalisées. L'organisation est encouragée à réévaluer les besoins en ressources humaines pour ces trois dossiers et surtout prendre en considération la nouvelle réalité avec plusieurs sites.

Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5 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.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.13 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.5 Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
8.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	PRINCIPAL
8.5.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	PRINCIPAL
8.5.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'usager.	PRINCIPAL

8.5.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
8.5.5	L'utilisateur, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

13.4	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.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	

15.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
15.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
15.11	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.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

Les équipes ont élaboré des processus afin de faciliter le transfert d'information tant à l'admission, au transfert ainsi qu'au congé du patient.

À l'Hôpital de Montmagny, une nouvelle infirmière-chef est entrée en fonction depuis décembre 2015. Les soins et services sont maintenus et un projet de réorganisation du travail pour la médecine et pour la chirurgie a été réalisé. En lien avec ce projet, il y a eu une augmentation des départs et des admissions considérables. Le leadership clinique des unités de médecine à l'Hôpital de Saint-Georges et à l'Hôpital de Thetford Mines démontrent un engagement envers la sécurité et la qualité des soins.

Les équipes sont encouragées à poursuivre les travaux entourant les projets d'amélioration continue de la qualité des soins et services en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Processus prioritaire : Compétences

Les équipes se réunissent régulièrement en rencontres interdisciplinaires afin de mieux coordonner les soins de ses usagers. Les équipes travaillent en collaboration afin d'améliorer leur fonctionnement global.

Les membres de l'équipe bénéficient d'opportunités de développement professionnel par, entre autres, la plateforme de formation en ligne.

Dans certains sites, l'évaluation du rendement n'est pas la priorité, mais des gestes sont faits pour reconnaître la contribution. Les équipes sont encouragées à évaluer le rendement de son personnel sur une base régulière.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Afin de bien gérer et régler de façon proactive les questions d'éthiques cernées, les équipes de soins sont encouragées à prendre connaissance de la procédure de consultation en éthique.

L'équipe utilise une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes. Des interventions standardisées et systématiques dans le cadre du programme de Visiongéronomie permettent de mieux adapter les soins aux aînés depuis l'urgence jusqu'aux unités de soins et de diminuer le syndrome d'immobilisme. Une infirmière est dédiée au programme à raison de trois jours par semaine.

Les services de médecine ont développé une expertise, en collaboration avec l'équipe de soins palliatifs en soutien aux patients en fin de vie. Des lits de soins palliatifs sont dédiés et un guide d'accompagnement en fin de vie pour les proches est remis à l'utilisateur et à la famille.

L'organisme est encouragé à implanter le bilan comparatif des médicaments (BCM) dans tous les sites du CISSS et à poursuivre ses audits réguliers dans les sites quand le BCM est implanté afin d'en améliorer le taux de complétion.

L'équipe est encouragée à mettre en place un mécanisme de suivi après le congé afin d'identifier de façon proactive les obstacles à une transition sécuritaire.

L'environnement physique des lieux des services des unités de médecine de l'Hôpital Saint-Georges et de l'Hôpital de Thetford Mines favorise un environnement de travail fonctionnel optimal.

L'organisme est invité à revoir l'environnement physique des lieux des services des unités de médecine du CHAU de Lévis notamment l'environnement de travail du personnel dans les différents locaux et celui de l'Hôpital de Montmagny à cause de l'environnement de travail exigu du personnel.

Les patients rencontrés sont satisfaits de l'accueil, des informations et des soins et des services reçus.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes de soins ont accès en temps opportun aux dossiers des usagers.

Les équipes de soins revoient le dossier et le plan de soins du patient à chaque quart de travail. L'organisme est encouragé à élaborer le plan de traitement en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.

Les protocoles et procédures de soins sont accessibles et utilisés par les équipes.

L'organisme est encouragé à poursuivre ses démarches afin de se procurer et déployer un dossier patient électronique.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

On encourage l'équipe, par le biais de son équipe qualité, à développer un programme d'amélioration continue de la qualité qui est spécifique aux services des unités de médecine.

Dans le cadre de ces activités, il sera important de développer une culture de mesure.



Les membres de l'équipe comprennent l'importance d'identifier, de signaler et de documenter les événements évités de justesse, les événements indésirables et les événements sentinelles.

On encourage les équipes à consulter les rapports de déclaration des incidents-accidents et à les communiquer au personnel soignant.

On invite l'équipe à élaborer ses politiques et à évaluer les stratégies d'amélioration de la sécurité avec l'apport des usagers et des familles.

Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.2 L'information est recueillie auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services.	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5 Des partenariats sont formés et maintenus avec d'autres services, programmes, prestataires et organismes pour répondre aux besoins des usagers et de la communauté.	
2.4 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5 L'espace est conçu conjointement avec l'apport des usagers et des familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.6 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.	
2.8 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 Les titres de compétence, la formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!

3.3	Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
3.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.13	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
5.3	Les membres de l'équipe sont reconnus pour leurs contributions.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.4	Au cours de l'évaluation, un processus est en place pour déterminer, en partenariat avec l'usager et la famille, si l'usager dispose de directives préalables et si cette information est consignée au dossier.	
8.6	Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
8.6.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	PRINCIPAL
8.6.2	Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	PRINCIPAL
8.6.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'usager.	PRINCIPAL
8.6.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
8.6.5	L'usager, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL
8.7	Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	

8.7.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
8.7.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
Processus prioritaire : Aide à la décision		
13.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
14.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
15.3	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.	!
15.4	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.	!
15.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.	!
15.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
16.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
17.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

17.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
17.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
17.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
17.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
17.9	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.	!
17.10	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.	
17.11	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.	

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le développement d'une culture de soins et services centrée sur la personne invite l'organisation et les équipes cliniques à solliciter les usagers, les familles et les employés au sein des structures décisionnelles. Tant au niveau de la gouvernance du CISSS, de la planification des objectifs d'amélioration de la qualité des services, que dans les décisions de soins. Cette approche favorise une gouvernance dynamique avec des équipes engagées dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le grand défi de l'organisation demeure essentiellement le soutien des gestionnaires dans la réalisation de leurs objectifs qualité et performance, une consolidation de leur plan de communication et la mise en place d'outils de pilotage utiles à la mesure des résultats.

Processus prioritaire : Compétences

Les équipes rencontrées démontrent un très grand professionnalisme dans leur travail et une adhésion dans l'approche de soins centrée sur le patient et sa famille et ceci mérite d'être souligné.

L'apport des usagers et familles sur leur expérience vécue contribuerait à bonifier la nature même des exigences requises par titres de compétences.

Bien que le travail de collaboration entre le gestionnaire clinique et le médecin responsable du service est bien intégré. Il serait fort intéressant de solliciter la présence des deux cogestionnaires à participer ensemble aux entretiens d'embauches des membres de l'équipe. Cette approche collaborative précise l'engagement des deux cogestionnaires à s'investir sur le soutien et le développement des membres de l'équipe.

Dans le cadre de la fusion des établissements, l'enjeu du développement professionnel et l'uniformisation des pratiques cliniques sont des éléments mentionnés par l'ensemble des équipes rencontrées.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'excellent travail de collaboration entre les divers professionnels et médecins, et un engagement à offrir des soins de qualité sont à souligner. L'ensemble de l'équipe a un souci de respecter les attentes des patients et favorise une prise de décision qui implique le patient et ses proches.

Les usagers et les familles rencontrés ont confirmé être partie prenante des décisions de soins et être bien informés de leur décision de soins.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe est félicitée de ce processus.

De nombreux outils d'aide à la décision sont déjà disponibles.

Par ailleurs, l'équipe doit travailler avec différentes sources d'information provenant de documents papier et des données cliniques informatiques. Cette dynamique transitoire peut amener un risque de bris au niveau du transfert d'information clinique et l'équipe doit demeurer très vigilante, tout particulièrement lors du transfert d'un usager vers un autre service clinique.

Bien que le plan thérapeutique infirmier électronique est disponible aux soins intensifs, l'utilisation de cet outil clinique est faite par le personnel infirmier de façon inégale.

L'organisation est invitée à préciser les règles d'utilisation des appareils électroniques personnels pouvant être utilisés par deux professionnels sur des échanges de discussion clinique, la prise de photographie pour confirmer une indication clinique et autres usages.

Les équipes de soins soutiennent le développement d'un entrepôt de données pouvant offrir la possibilité de documenter des informations précises sur les types de clientèle traitée aux soins intensifs et définir les niveaux de soins. Des attentes ont été exprimées en ce sens avec l'implantation prévue de Crystal Net par le Ministère de la Santé.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats


La culture de la mesure est à développer par l'organisation et les équipes. Le développement d'indicateurs de résultats et l'identification de cibles à atteindre en fonction des projets d'amélioration continue de la qualité permettront à l'ensemble des équipes de suivre l'évolution des projets et d'ajuster les actions en fonction des résultats attendus. Il est important que les indicateurs soient compris et partagés avec l'ensemble de l'équipe. Enfin, l'organisation se doit d'établir une stratégie de communication pour rendre accessible l'ensemble des audits qualité et sondages de satisfaction de la clientèle déjà disponible.

L'implication des usagers et des familles au sein des comités de gestion des équipes doit s'inscrire dans une perspective court terme comme un enjeu stratégique de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et services.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Les établissements visités utilisent les protocoles de Transplant-Québec et envoient leurs donneurs vers un centre référent.

Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et oncologie - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 Les titres de compétence, la formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
3.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
5.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
9.14 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
9.14.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	PRINCIPAL
9.14.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	PRINCIPAL

9.14.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	SECONDAIRE
Processus prioritaire : Aide à la décision		
11.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
12.1	De la formation et du perfectionnement sur les lois sont offerts pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les usagers.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
13.2	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.	
13.3	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.	!
13.4	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.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.	!
13.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!

14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
15.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
15.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
15.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.9	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.	!
15.10	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.	

- 15.11 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.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe connaît bien sa clientèle. Il existe une excellente collaboration entre les partenaires du réseau, les prestataires de services et les médecins de famille. Les listes d'attente sont presque nulles et la prise en charge de la clientèle se fait dans les plus brefs délais.

Le personnel rencontré témoigne d'un très fort engagement. Le niveau d'expérience et de compétence est en lien avec les recommandations du comité national de l'évolution de la pratique en oncologie de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

À Montmagny, l'organisation des soins est unique avec son mode de soins intégraux et la présence de médecins en permanence à l'unité. L'interdisciplinarité est bien intégrée dans toute la trajectoire de soins de l'utilisateur. Cette équipe est encouragée à poursuivre son rêve de définir sa propre mission : guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours!

Processus prioritaire : Compétences

Dans tous les services d'oncologie des établissements visités, nous retrouvons un programme d'orientation structuré. De plus, toutes les infirmières doivent participer au programme de formation de 21 heures en oncologie offert par l'Université du Québec à Rimouski. De plus, les infirmières sont invitées à participer aux formations régionales qui sont offertes en soins palliatifs.

L'organisme est encouragé à avoir un processus de formation aussi structuré pour des thématiques telles, la prévention de la violence en milieu de travail, l'éthique et les diversités culturelles.

Avec l'approche patients partenaires, l'organisme est encouragé à impliquer les usagers et les familles dans le processus d'identification de formation et de perfectionnement des membres de l'équipe.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Tous les usagers et les familles rencontrés témoignent de leur très grande appréciation. Ils évoquent avec reconnaissance les soins personnalisés et sécuritaires, l'engagement du personnel et des médecins, l'aide des Fondations et la participation des organismes de leur région respective.

Plusieurs initiatives ont été observées pour chacun des services cliniques. À titre d'exemple, pour tous les sites, la gestion sécuritaire des médicaments cytotoxiques fait partie également d'un projet de surveillance d'exposition professionnelle (Expoprof) en partenariat avec le CHU Sainte-Justine – Le centre hospitalier universitaire mère-enfant de Montréal.

De plus, à l'Hôpital St-George de Beauce, la pharmacienne exerce un rôle pivot dans tout le processus de gestion des pompes à perfusion. Ceci inclut la formation, le contrôle de la qualité de l'utilisation et la gestion des alertes avec un système WiFi qui relie les pompes au logiciel de la pharmacie. Un aide mémoire a été développé pour la préparation sécuritaire des médicaments. Cette pratique structurée s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité qui devrait être formalisée à l'ensemble du CISSS.

Le meilleur schéma thérapeutique (MTSP) est réalisé dans tous les services. À cet égard, il faut souligner qu'il y a seulement à l'Hôpital de Montmagny que le bilan comparatif des médicaments est implanté de même que le plan thérapeutique infirmier (PTI). Le leadership et la rigueur exercés par la pharmacienne en oncologie méritent d'être soulignés.

L'information pertinente aux soins ne fait pas l'objet d'un processus structuré et standardisé.

Les équipes sont encouragées à développer un outil standardisé permettant une transmission complète des informations d'un point de transition à un autre.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Dans tous les sites du CISSS Chaudières Appalaches, le dossier de l'utilisateur, dit satellite ambulatoire, est tenu en complément du dossier antérieur. Le processus de surveillance sur les pratiques de tenue de dossier est assuré par le service des archives selon les lois en vigueur.

Plus spécifiquement, à l'Hôpital de Montmagny, le dossier actif est présenté dans un cartable avec des onglets spécifiques. Une fiche visuelle, sous forme de charte de couleur, est placée au début du dossier, permettant de faciliter un classement uniforme et obligatoire. Tous les intervenants doivent se conformer à la procédure de classement. L'assistante de l'unité s'assure de la surveillance de cette procédure. Cette pratique mérite d'être soulignée.


À l'hôpital de Saint-Georges de Beauce, l'évaluation initiale de l'utilisateur ainsi que le formulaire de dépistage du risque de chute sont conservés par l'infirmière pivot et ne se retrouvent pas dans le dossier satellite. L'unité d'oncologie est encouragée à revoir le processus de tenue de dossier satellite ambulatoire.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les soins actuels sont sans équivoques centrés sur les usagers et leurs familles. Toutefois nous encourageons toutes les équipes en soins oncologiques à intégrer les usagers et leurs familles selon l'approche patient partenaire dans un programme d'amélioration continue de la qualité.

Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec l'apport des usagers et des familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.5 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.	
2.7 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Compétences	
6.1 Les titres de compétence, la formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
6.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
6.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
6.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
6.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!

6.12	Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
6.13	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
8.7	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins		
1.7	Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
10.11	Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
10.14	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
11.6	SOINS EN MILIEU HOSPITALIER SEULEMENT : Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
11.6.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	PRINCIPAL
11.6.2	Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	PRINCIPAL
11.6.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL



11.7 SOINS EN CONSULTATION EXTERNE SEULEMENT : L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris, en partenariat avec les usagers, les familles ou les soignants, pour un groupe cible d'usagers en consultation externe qui risquent de subir des événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers en consultation externe).

11.7.1 Les critères pour un groupe cible d'usagers en consultation externe qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments sont déterminés et les raisons expliquant le choix de ces critères sont consignées.

11.7.2 Un MSTP est produit pour les usagers en consultation externe du groupe cible en partenariat avec les usagers, familles ou soignants et l'information est consignée.

11.7.3 Pour les usagers en consultation externe du groupe cible, la liste de médicaments est mise à jour afin de tenir compte des changements apportés aux médicaments, et les changements sont communiqués à l'utilisateur, à la famille et au prochain prestataire de soins.

PRINCIPAL

PRINCIPAL

PRINCIPAL



11.13 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.

NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.

11.13.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.







11.13.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.

11.13.3 Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.

PRINCIPAL

PRINCIPAL

SECONDAIRE

14.3	Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.	
14.3.2	La liste de contrôle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale.	PRINCIPAL
17.8	Les draps souillés, les matières infectieuses et les déchets dangereux sont manipulés de façon appropriée.	
18.2	Les lasers sont utilisés de façon sécuritaire et conformément aux normes établies, le cas échéant.	
20.16	Un processus est en place pour assurer un suivi auprès des usagers de la clinique de chirurgie d'un jour.	
20.17	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
21.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	
22.1	De la formation et du perfectionnement sur les lois sont offerts pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les usagers.	
22.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
23.2	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.	
23.3	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.	
23.4	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.	

23.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.	!
23.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
24.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
24.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
24.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
24.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
24.5	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont déclarés selon la politique en vigueur dans l'organisme et consignés dans le dossier de l'utilisateur et de l'organisme, s'il y a lieu.	!
24.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
25.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
25.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
25.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
25.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	

25.11 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.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

5.2 Les médicaments dans le bloc opératoire sont rangés dans un endroit verrouillé ou dans un endroit pouvant en assurer la sécurité conformément aux politiques de l'organisme concernant le rangement des médicaments.



Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisme est en pleine période d'évaluation, de planification de ses services étant donné la restructuration et le regroupement des CSSS. Cette situation crée une opportunité importante d'inclure l'apport des usagers et des familles dans ces phases cruciales de l'histoire du CISSS. L'organisme est encouragé à saisir cette opportunité.

Processus prioritaire : Compétences

L'organisme dispose de ressources compétentes. Les membres des différentes équipes sont engagés et fiers de leur rôle dans l'organisme. Il y a un sentiment d'appartenance aux différents établissements.

Le CISSS est encouragé à communiquer les modifications apportées au cadre d'éthique ainsi qu'au processus de consultation en éthique clinique, puisque ceci ne semble pas connu dans les différents établissements.

L'organisme est encouragé à revoir son processus d'évaluation du rendement et à faire le suivi nécessaire afin d'assurer la conformité à la politique en matière d'évaluation du rendement, en utilisant les plans de développement professionnels des membres de l'équipe.

L'organisme est aussi encouragé à élaborer un encadrement pour le recrutement, la formation et l'orientation des représentants des usagers et des familles.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisme offre des services chirurgicaux dans les disciplines de chirurgie générale, d'orthopédie, d'ophtalmologie, de vasculaire, de thoracique, de gynécologie et d'obstétrique, d'urologie, de plastie, d'oto-rhino-laryngologie et de maxillo-faciale. Il vient d'obtenir récemment la désignation pour un centre thoracique de traitement du cancer.

De belles initiatives ont été effectuées en vue de réduire les durées de séjour, particulièrement en orthopédie. Ces initiatives sont en voie de s'implanter partout dans les établissements concernés.

L'organisme démontre donc de l'innovation à cet effet et est encouragé à poursuivre cette diffusion des meilleures pratiques élaborées dans les différents établissements, au bénéfice de tous.

L'organisme compte sur un personnel engagé qui implique l'utilisateur et sa famille dans la prise de décision lors de leur épisode de soins. Des progrès ont été réalisés dans la mise en œuvre des différentes pratiques organisationnelles requises depuis les dernières visites d'agrément dans les sites respectifs. Il reste encore des améliorations de ce côté et l'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts, en particulier par la conduite d'audits réguliers. Ces résultats devraient être partagés aux membres de l'équipe afin d'apporter les améliorations nécessaires.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le CISSS Chaudière-Appalaches dispose de processus clairs afin de colliger l'information clinique récoltée avec l'aide des usagers et de leur famille. Les dossiers sont complets et assurent une transmission appropriée de l'information.

L'organisme est encouragé à chercher l'apport des usagers et des familles dans l'élaboration des pratiques de tenue de dossiers, de formation et de perfectionnement sur les lois de protection de la vie privée et dans l'élaboration des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Il existe des processus plutôt informels, non standardisés pour déterminer les projets d'amélioration de la qualité. Les équipes n'établissent pas toujours des objectifs spécifiques avec des échéanciers précis, ni des indicateurs de suivi pour mesurer le progrès réalisé dans ces initiatives d'amélioration de la qualité.

L'organisme est encouragé à solliciter l'apport des usagers et des familles lorsqu'il élabore les priorités d'amélioration de la qualité, incluant le développement des objectifs et le suivi.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La gestion des médicaments est appropriée au CISSS de Chaudière-Appalaches au programme de services périopératoires et interventions invasives. L'organisme est invité à se pencher sur la disposition des médicaments dans les salles de réveil des établissements.

Ensemble de normes : Services transfusionnels - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services transfusionnels	
5.3 L'équipe révisé et met les PON à jour tous les deux ans ou plus souvent si cela s'avère nécessaire.	
5.4 L'équipe suit un système de contrôle documentaire pour l'élaboration et la mise à jour des PON.	
8.3 L'équipe maintient le système d'alarme en bon état afin d'avertir le personnel des changements de conditions ou des défauts, et elle le vérifie régulièrement.	!
21.2 L'équipe qui a émis l'ordonnance fournit de l'information au receveur, ce qui comprend une description du composant sanguin ou du produit sanguin, des risques et des avantages associés à la transfusion et des autres options qui s'offrent à lui, ainsi qu'une description des risques et avantages qui s'y rattachent.	!
21.4 L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.	!
21.5 Lorsqu'un usager est incapable de donner son consentement libre et éclairé, l'équipe a recours à une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou à des directives préalables, le cas échéant.	!
25.1 L'équipe recueille des renseignements et des commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.	
25.2 L'équipe se sert des renseignements et des commentaires recueillis pour déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Services transfusionnels	

L'organisme dispose de l'ensemble des procédures permettant d'assurer le bon fonctionnement du service transfusionnel. Ces procédures sont implantées et respectées par le personnel du service transfusionnel et des unités de soins. Les procédures tant à la banque de sang qu'aux soins infirmiers ne sont pas à jour. L'équipe est invitée à mettre les procédures à jour et à les réviser tous les deux ans par la suite.

L'organisme dispose d'un processus de requête pour répondre aux demandes de transfusion et d'un processus afin d'assurer la traçabilité des produits sanguins. Le bordereau d'émission est complété et porté au dossier des usagers.

La déclaration des incidents et des accidents transfusionnels permet de cerner et d'évaluer les événements indésirables liés à une transfusion et par la suite de faire le suivi requis.

En ce qui concerne l'emballage, l'entreposage et le transport des produits sanguins, les conditions d'entreposage du sang et des produits sanguins labiles et stables sont bien gérées. Un suivi rigoureux des conditions d'entreposage est effectué par le personnel de banque de sang.

Des audits sont effectués régulièrement sur les unités de soins, un suivi est réalisé et un plan d'action sur les mesures correctives est appliqué. Le rapport est remis aux chefs responsables des unités de soins ainsi qu'à la gestion des risques.

Le comité régional de médecine est actif et est composé d'intervenants de différentes spécialités médicales et des représentants de tous les centres hospitaliers transfuseurs de la région Chaudière-Appalaches.





Un plan de formation structuré est élaboré et implanté pour les différents intervenants qui effectuent les actes transfusionnels.


Un avis écrit concernant la notification des transfusions reçues est remis à l'utilisateur après la transfusion ou lors de son départ. Le consentement éclairé n'est pas implanté et aucune trace écrite au dossier n'a été observée. Lors du traceur clinique, l'utilisateur recevant une transfusion n'avait reçu aucune information concernant les produits sanguins, les risques et les avantages de la transfusion. L'organisme est invité à instaurer cette pratique en utilisant la brochure préparée par le Ministère de la Santé à cet effet.




Les chargées de sécurité transfusionnelles assurent bien leur rôle régional. Les services transfusionnels sont sécuritaires dans les sites du CISSS.

Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.2 L'information est recueillie auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services.	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec l'apport des usagers et des familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.6 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.	
2.7 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 Les titres de compétence, la formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.2 Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour.	!
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	

<p>3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	
<p>3.8.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>3.8.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. 	<p>SECONDAIRE</p>
<p>3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.</p>	
<p>3.11 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.</p>	
<p>3.12 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.</p>	
<p>4.3 Il existe des profils de poste qui définissent les rôles, les responsabilités et les champs de compétence pour tous les postes.</p>	
<p>4.5 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.</p>	
<p>5.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des usagers et des membres de l'équipe.</p>	

5.7	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
5.8	La politique de l'organisme sur la déclaration des cas de violence en milieu de travail est respectée par les membres de l'équipe.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins		
7.12	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
8.5	Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou les soignants (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.	
8.5.1	Les types d'utilisateurs des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi sont précisés et consignés.	PRINCIPAL
8.5.2	En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, la fréquence à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments est précisée et consignée.	PRINCIPAL
8.5.3	Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille et le soignant (selon le cas) et consigné.	PRINCIPAL
8.5.4	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence établie par l'organisme dans sa documentation.	PRINCIPAL
8.5.5	Les écarts entre les sources d'information sur les médicaments sont réglés en partenariat avec l'utilisateur et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.	PRINCIPAL
8.5.6	Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et conservée dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL

8.5.7	L'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL
8.6	Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	 PRINCIPAL
8.6.1	Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	PRINCIPAL
8.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
8.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
9.10	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	 SECONDAIRE
9.10.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	SECONDAIRE
10.8	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
11.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		

13.3	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.	!
13.4	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.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.6	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
15.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
15.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
15.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!

15.9 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.



15.10 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.

15.11 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.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Processus prioritaire : Leadership clinique

La direction de l'établissement est favorable à l'approche collaborative et à la mise en place de l'approche du patient partenaire soit l'apport des usagers et des familles dans les processus. Au moment de la visite, leur participation à la conception des services n'était pas réalisée. La vision, son appropriation et la mise en place de cette approche dans les différents secteurs assureront la conformité de plusieurs critères évalués.

Une table « Vieillir en santé » est en place dans la région de Thetford Mines représentant les différents partenaires de la communauté et la direction du CISSS. Les échanges permettent une connaissance des besoins des résidents et influencent l'offre de service. Ce modèle mérite d'être évalué de plus près afin de valider la possibilité de l'exporter à d'autres territoires.

Au niveau de l'expérience et des compétences requises du personnel, ces dernières ne sont pas déterminées et ajustées à la nouvelle réalité de l'organisation. Ce processus devra intégrer l'apport des usagers et des familles.

L'ensemble des équipes visitées est préoccupé par la pertinence et l'efficacité des services offerts. Des modalités structurées et structurantes pourraient soutenir les gestionnaires dans leur réflexion et dans leur analyse. Cette démarche s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité à laquelle l'implication des usagers et des familles serait une valeur ajoutée.

Processus prioritaire : Compétences

Dans l'ensemble des installations visitées, la formation et les mises à jour requises sont présentes à des niveaux variables. Toutefois, celles-ci ne sont pas définies avec l'apport des usagers et des familles. Ce travail est en cours auprès de la direction des ressources humaines.

Au service de médecine hyperbare, le personnel est très engagé à offrir des services aux patients nécessitant des traitements de plaies complexes, notamment. Au cours des années, ce secteur est

devenu un centre d'excellence par l'expertise et les connaissances développées. L'on dessert 34 organisations à l'extérieur du territoire du CISSS et des services de télésanté ont été développés. Actuellement, l'équipe est consultée pour transmettre ses connaissances aux établissements désireux de développer ce service. Depuis l'agrandissement de ce secteur, le temps d'attente a été substantiellement diminué. Au moment de la visite, l'attente pour les situations non urgentes était évaluée entre 4 à 6 semaines. Un défi attend l'équipe en place, soit l'hébergement de la clientèle provenant de l'extérieur de la région. Des réflexions doivent être poursuivies en ce sens. Le personnel s'assure de suivis auprès des médecins du territoire entre autres afin de les informer de leur expertise, leur offre de services au profit de la clientèle de tout le territoire et d'ailleurs.

En CLSC, les membres des nouvelles équipes des services ambulatoires se connaissent peu et des rencontres d'échanges sur les pratiques, leur harmonisation, le partage des connaissances et le développement de nouvelles pratiques pourraient être bénéfiques tant aux employés qu'à la clientèle.

Dans la plupart des installations visitées, l'ASI et les conseillères en place s'assurent des formations et des mises à jour.

De plus, les qualifications requises sont identifiées et sont vérifiées, mais à intensité variable. L'établissement est invité à consolider ce processus.

Dans la mesure du possible, l'employeur permet et soutient la formation continue particulièrement concernant les plaies puisque leurs traitements sont de plus en plus complexes et la formation est devenue nécessaire aux bonnes pratiques et à la qualité des services à la clientèle. Pour certaines formations plus critiques comme le traitement des plaies, le RCR et le DEA, les codes d'urgence, les employés devraient y assister de façon obligatoire afin d'assurer la sécurité de la prestation de services.

De façon générale, le personnel est peu informé des codes de mesures d'urgence notamment au regard du code mauve, du code bleu et du code blanc. Le personnel n'est pas informé des mesures de suivi en place lors de leur déclenchement. La formation tant sur l'utilisation des chariots d'urgence que sur la pacification de la clientèle agressive mérite d'être revue.

Au CLSC Lévis, les gestionnaires en place sont invités à réévaluer les mesures de sécurité en place pour les employés aux services courants travaillant seuls en soirée entre 17h et 20h.

La démarche d'évaluation du rendement ou la contribution du personnel est inégale selon les emplacements. La direction des ressources humaines travaille à développer un formulaire et ce processus devra être harmonisé et implanté.

Des tables de travail constituées de gestionnaires sont en place afin d'amorcer les échanges visant l'harmonisation, les mécanismes d'accès, les critères d'accès, entre autres. Ces modalités sont fort pertinentes et permettront un meilleur arrimage des différents services ambulatoires de cette grande région du CISSS.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accès aux services ambulatoires et leur proximité sont des préoccupations pour tout le personnel rencontré. Les délais d'accès aux services répondent aux besoins de la clientèle dans presque tous les secteurs. Les réponses obtenues à la suite de la passation de sondages de satisfaction le témoignent d'ailleurs.

Le personnel est soucieux d'assurer des disponibilités selon l'horaire et une proximité pour les personnes résidant dans les petits villages. Entre autres, trois points de services sont en place dans la région de Thetford Mines et des postes combinés avaient été créés pour assurer une réponse à la clientèle.

Dans tous les sites visités, le personnel en place est très dévoué à la clientèle. L'on essaie dans la mesure du possible de coordonner les rendez-vous afin de réduire les déplacements.

Les temps d'attente sont respectés, à l'exception de quelques secteurs tels que la nutrition et la médecine interne au CHAU de Lévis.

Les équipes de travail informent les usagers et leurs membres de familles lors des transitions de soins. Au besoin, de la formation, de l'enseignement leur sont offerts et des dépliants sont remis. Cette pratique est omniprésente.

En éthique clinique, les équipes rencontrées sont peu informées des processus en cours pour l'obtention d'un soutien en éthique. La nouvelle démarche visant la mise en place d'un comité d'éthique clinique CISSS n'est pas connue de la part du personnel et une ambiguïté subsiste sur les situations et réflexions qui peuvent être traitées en éthique.

Dans les secteurs Etchemins et Thetford Mines les comités d'éthique clinique qui étaient en place étaient très proactifs. Ils proposaient des conférences midi incluant des réflexions éthiques, des ateliers éthiques et de la promotion auprès des équipes. Des démarches doivent être poursuivies afin que ce service soit mieux connu et utilisé par les équipes de travail au profit de la clientèle.

En oncologie, le BCM doit être déployé. Il y aurait lieu d'évaluer la pertinence de mettre en place le BCM pour certaines clientèles ciblées, aux différents secteurs des services ambulatoires, tant en CLSC qu'en milieu hospitalier. Il en est de même pour l'introduction possible du MSTP pour certaines clientèles plus à risque ou qui consomment plusieurs médicaments.

Aux services courants à Etchemins de même qu'au point de services East Broughton de Thetford Mines, le repérage systématique de la clientèle à risque de chute n'est pas implanté. Une politique est en place toutefois. Par conséquent, l'efficacité de l'approche ainsi que les résultats qui en découlent ne sont pas documentés.

Processus prioritaire : Aide à la décision

À l'Hôpital de Montmagny, les dossiers des usagers sont classés aux archives. L'équipe complète ses suivis sur des feuilles puis les retourne les feuilles aux archives et sont déposées au dossier. Cette mesure est en place pour les prescriptions médicales également.

À l'Hôpital de Saint-Georges, les notes sont numérisées puis déposées au dossier de l'utilisateur. Une vigilance doit être poursuivie afin de s'assurer que les délais sont respectés.

Aux sites Etchemins et Thetford Mines, le dossier clinique est informatisé et facilite la transmission d'informations entre les professionnels des services courants et de leurs collègues d'autres secteurs. Toutefois, celui des médecins est sur une plate-forme différente (DME). Ce procédé limite et alourdit l'accès à l'information médicale. L'équipe est invitée à poursuivre ses réflexions afin que cette limite ne pénalise pas les usagers.

De plus, à Etchemins il n'y a pas de processus en place comme des audits cliniques pour valider la qualité de la tenue de dossier. La direction des soins infirmiers est préoccupée et souhaite mettre en place rapidement une telle pratique de qualité. Dorénavant, ce processus devra inclure la participation des usagers et de leur famille.

En ce qui a trait à la médecine de jour au CHAU de Lévis, le personnel est affecté aux différentes cliniques. La présence des médecins-internes est facilitante. Il serait pertinent d'avoir des protocoles cliniques et des ordonnances collectives permettant une plus grande prise en charge par les infirmières.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La direction des soins infirmiers joue un rôle prépondérant dans le soutien clinique aux équipes de travail. Dans les secteurs visités, elle répond au besoin et aux demandes des gestionnaires, assurant ainsi une prestation de services de qualité.

Les documents découlant des données probantes sont émis par la direction des soins infirmiers. Ces documents sont utilisés et aident les équipes à déterminer les meilleures pratiques à mettre en place.

Les méthodes et protocoles mis en place respectent une approche centrée sur l'utilisateur. Les lignes directrices et les protocoles cliniques sont examinés régulièrement, toutefois l'implication des usagers et des familles n'est pas intégrée au processus à cette étape-ci.

Toutes les infirmières ont accès aux méthodes de soins infirmiers et s'y réfèrent régulièrement.

Au regard de la prestation sécuritaire de soins, il n'y a pas de processus proactif d'identification des risques dans les secteurs d'activités (inventaires des risques) qui permettrait l'identification de tous les risques et leur niveau de criticité. Il y aurait lieu de consolider cette démarche afin que les gestionnaires puissent s'assurer de bien cerner les risques et de développer un plan de contingence.

Les équipes doivent poursuivre la mise en place d'activités de contrôle des activités à risque dans leur secteur afin de diminuer la récurrence des risques.

Toutefois, de belles pratiques sécuritaires sont en place, notamment la double vérification en oncologie. Cette approche est encouragée. Des analyses prospectives sont réalisées à l'Etchemin et méritent d'être poursuivies. L'organisation devra intégrer l'apport des usagers et des familles à ce processus.

L'organisation est invitée à auditer tout le processus des risques afin d'évaluer leur conformité. Cette pratique n'est pas en place dans les emplacements visités.

De plus, l'établissement doit se doter d'un cadre d'amélioration continue de la qualité et le développement de projets de la qualité dans tous ses secteurs. L'intégration des usagers et des familles doit être réalisée. De plus, la mise en place d'équipes qualité pourrait supporter le développement et l'implantation de la qualité.

Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme conjoint d'agrément, les organismes clients ont fait remplir des outils d'évaluation. Les sondages (ou outils) sont des questionnaires qui portent sur des secteurs comme la gouvernance, la culture de sécurité des patients ainsi que la qualité de vie au travail. Les outils du Conseil québécois d'agrément comprennent le Sondage sur la mobilisation du personnel et le Sondage sur la satisfaction de l'expérience client. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des clients, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 19 février 2016 au 16 mars 2016**
- **Nombre de réponses : 12**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	8	92	S.O.
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	S.O.
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	58	33	8	S.O.
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	27	27	45	S.O.

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	0	100	S.O.
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	S.O.
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	S.O.
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	S.O.
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	45	9	45	S.O.
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	17	83	S.O.
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	S.O.
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	8	8	83	S.O.
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	S.O.
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	20	80	S.O.
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	S.O.
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	40	10	50	S.O.
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	10	50	40	S.O.

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	9	45	45	S.O.
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	75	13	13	S.O.
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	9	18	73	S.O.
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	36	18	45	S.O.
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	36	18	45	S.O.
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	20	30	50	S.O.
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	10	30	60	S.O.
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	9	9	82	S.O.
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	20	20	60	S.O.
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	44	33	22	S.O.
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	33	44	22	S.O.
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	9	91	S.O.

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	20	10	70	S.O.
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	30	70	S.O.
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	22	22	56	S.O.
De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	20	30	50	S.O.
34. La qualité des soins	27	27	45	S.O.

Annexe A - Processus prioritaires

Processus prioritaires qui se rapportent aux normes qui touchent l'ensemble du système

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et dispositifs médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.
Gestion intégrée de la qualité	Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.
Préparation en vue de situations d'urgence	Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Processus prioritaire	Description
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.