



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport de visite

---

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

Sainte-Marie, QC

**Séquence 1**

Dates de la visite d'agrément : 15 au 20 septembre 2019

Date de production du rapport : 22 octobre 2019

## Au sujet du rapport

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en septembre 2019. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

Je vous remercie du leadership et de 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 pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	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	6
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	12
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	13
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	14
Processus prioritaire : Gouvernance	14
Processus prioritaire : Planification et conception des services	16
Processus prioritaire : Gestion des ressources	17
Processus prioritaire : Capital humain	18
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	20
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	22
Processus prioritaire : Communication	23
Processus prioritaire : Environnement physique	24
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	25
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	26
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	27
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	31
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	31
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	33
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	35
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	37
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	37
<b>Commentaires de l'organisme</b>	41

<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	42
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	43

## Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent notamment les normes d'excellence pancanadiennes et les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour les usagers.

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

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

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 15 au 20 septembre 2019**

- **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. Bureau Administratif de la Concorde
2. CLSC de Thetford
3. CLSC et Centre d'hébergement de Sainte-Marie
4. Hôpital de Montmagny-L'Islet - CRDP
5. Hôpital de Saint-Georges
6. Hôpital de Thetford Mines
7. Hôtel-Dieu de Lévis
8. Siege Social - Centre de Protection de l'Enfance et de la Jeunesse de Sainte-Marie

- **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 sur l'excellence des services***

5. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
6. Santé publique - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

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.)	55	1	1	57
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	191	9	16	216
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	63	2	3	68
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	28	1	3	32
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	2	0	1	3
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	255	14	15	284
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	30	0	2	32
<b>Total</b>	<b>640</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>708</b>

## 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	45 (97,8%)	1 (2,2%)	4	29 (100,0%)	0 (0,0%)	7	74 (98,7%)	1 (1,3%)	11
Leadership	46 (100,0%)	0 (0,0%)	4	89 (97,8%)	2 (2,2%)	5	135 (98,5%)	2 (1,5%)	9
Prévention et contrôle des infections	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	29 (100,0%)	0 (0,0%)	2	68 (98,6%)	1 (1,4%)	2
Gestion des médicaments	73 (100,0%)	0 (0,0%)	5	61 (100,0%)	0 (0,0%)	3	134 (100,0%)	0 (0,0%)	8
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	72 (85,7%)	12 (14,3%)	4	30 (75,0%)	10 (25,0%)	0	102 (82,3%)	22 (17,7%)	4
Santé publique	43 (100,0%)	0 (0,0%)	4	67 (100,0%)	0 (0,0%)	2	110 (100,0%)	0 (0,0%)	6
<b>Total</b>	<b>318 (95,8%)</b>	<b>14 (4,2%)</b>	<b>21</b>	<b>305 (96,2%)</b>	<b>12 (3,8%)</b>	<b>19</b>	<b>623 (96,0%)</b>	<b>26 (4,0%)</b>	<b>40</b>

\* 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 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.**

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches offre à la population de son territoire (410 829 personnes) un ensemble de services sociaux et de santé conformément à la mission des CISSS définie par le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'établissement regroupe plus de 100 installations, dont 4 hôpitaux. Le CISSS de Chaudière-Appalaches compte plus de 12000 employés, médecins et bénévoles. Il accueille plus de 3000 stagiaires par année. L'enseignement universitaire est développé et plusieurs activités de recherche sont réalisées dans une optique d'organisation apprenante favorisant l'épanouissement des talents. Le budget annuel global de l'établissement est d'environ 1022 millions de dollars.

La visite d'agrément du 15 au 20 septembre 2019 concerne la séquence 1 d'un cycle d'agrément de 5 ans, comme convenu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les activités évaluées lors de la présente visite concernent les pratiques de gouvernance et de leadership (gestion intégrée de la qualité, planification et conception des services, gestion des ressources, capital humain, prestation de soins et prise de décision basée sur des principes éthiques, soins centrés sur la personne, environnement physique, communication, préparation en vue de situations d'urgence). S'ajoute à cette démarche, l'évaluation du programme-services santé publique. Finalement, la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections, de même que le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables, ont été évalués de manière transversale.

**Au niveau organisationnel**

**Gestion intégrée de la qualité**

L'établissement s'est doté d'un plan d'amélioration de la qualité qui expose de manière systémique les différentes stratégies mises en place pour soutenir les activités d'amélioration continue des différents secteurs de l'organisation. Des dispositifs sont prévus tant au niveau stratégique et tactique qu'au niveau opérationnel. Une structure participative d'amélioration continue transcende l'ensemble de l'organisation et interpelle des leaders de normes, des porteurs de pratiques organisationnelles requises (POR) et des conseillères à la qualité. Les initiatives d'amélioration de la qualité sont intégrées au portefeuille de projets organisationnels prioritaires. Diverses stratégies permettent de communiquer les résultats des projets d'amélioration de la qualité au sein de l'organisme. On encourage l'établissement à compléter le déploiement de stations virtuelles et à aller de l'avant avec le projet de stations en mode virtuel afin d'en faciliter l'accès.

L'établissement témoigne d'une volonté d'intensifier l'implication d'usagers partenaires.

**Soins centrés sur les personnes**

De nombreuses initiatives visent à renforcer l'implication des usagers (consultations, participation et co-construction). L'implantation de cette approche de soins et services centrée sur les personnes est en constante évolution depuis les trois dernières années. L'établissement démontre un leadership certain en la matière et de multiples réalisations en témoignent. Différents outils de référence ont été élaborés pour

soutenir l'implantation de cette approche. Le processus de recrutement des usagers partenaires est structuré (environ 45 usagers partenaires sont actifs). On encourage l'établissement à aller de l'avant avec son intention de renforcer les activités de formation et de reconnaissance à l'intention des usagers partenaires. Ces derniers témoignent d'une grande considération à leur égard et d'un sentiment d'utilité.

### Gestion des médicaments

Le processus de gestion des médicaments est suivi de façon très rigoureuse dans cet établissement et découle des orientations et du plan d'action du comité régional du circuit du médicament. Le souci principal est la sécurité des usagers en lien avec la médication. Les chefs de service locaux assurent la mise en œuvre et les suivis des différents programmes et politiques élaborés. Au niveau de l'harmonisation, les équipes ont déjà accompli beaucoup et sont engagées à poursuivre selon les délais établis. En ce qui concerne les pharmaciens et les assistants techniques, certaines des installations vivent des difficultés plus importantes que d'autres et cela demande de revoir l'organisation du travail pour faciliter l'exercice des responsabilités. Les liens avec les pharmacies communautaires sont très bien développés et tous travaillent en étroite collaboration sur des projets spécifiques.

### Prévention et contrôle des infections

L'équipe de prévention des infections du CISSS a réussi à faire adopter des pratiques et à diminuer de façon importante les maladies nosocomiales dans les quatre hôpitaux en assurant un suivi rigoureux des mesures. Nous avons observé des résultats inspirants. La culture de sécurité de la clientèle est bien ancrée et l'équipe a su démontrer des pratiques innovantes dans l'application de ses méthodes. La majorité des POR sont atteintes. Il demeure certaines pratiques qui doivent être améliorées considérant, entre autres, la conformité des utilités propres et souillées, la formation de tous les intervenants incluant les bénévoles, et qui seront traduites dans le rapport.

### Environnement physique

Le parc immobilier des quatre hôpitaux visités date de plusieurs années, par ailleurs nous avons constaté qu'il est bien entretenu et a pu bénéficier de plusieurs projets d'expansion et de modernisation au fil des ans et d'autres projets sont à venir à court terme. Toutes les installations visitées sont propres et les équipes d'hygiène salubrité et des installations matérielles sont fières de leur organisation. Depuis la création du CISSS, les équipes ont travaillé à uniformiser leurs processus simplifiant ainsi les interventions de leurs clients. Des efforts sont à poursuivre et à développer afin de réduire au minimum l'incidence de leurs activités sur l'environnement.

### Équipements et appareils médicaux

La création du CISSS a permis d'harmoniser les processus d'acquisition et d'entretien des équipements médicaux. Le processus d'acquisition est maintenant centralisé et les équipes d'entretien sont déployées dans les quatre hôpitaux et couvrent d'autres installations du CISSS. Il faudra maintenant assurer de fidéliser les équipes et déployer l'entretien préventif dans l'ensemble des sites. Les unités de retraitement ont aussi bénéficié d'une période d'harmonisation des processus, cependant, il y a quelques lacunes à corriger, dont la conformité des lieux de retraitement, afin d'éviter le croisement des étapes, d'assurer que les finis des espaces permettent un nettoyage efficace et d'assurer le développement d'un programme d'amélioration de la qualité des services intégrant les principes de contrôle de la qualité et d'amélioration continue.

### Préparation en vue de situations d'urgence

Les liens de partenariat sont très bien intégrés autant avec les municipalités, les services d'incendies, qu'avec le service de la Sûreté du Québec. Le plan des mesures d'urgence est disponible, diffusé et connu des employés et des partenaires impliqués. Une coordination avec les partenaires est mise en œuvre pendant et après les sinistres afin d'assurer une prise en charge rapide de la situation ainsi que la continuité des services.

### Au sein du programme-services Santé publique

Le développement et l'intégration de la Santé publique au sein du CISSS Chaudière Appalaches sont exemplaires. Les équipes, autant en maladies infectieuses, en promotion, en santé au travail qu'en surveillance sont présentes et intégrées dans l'ensemble du territoire. Les liens avec les partenaires sont concrets et dynamiques. Une grande sensibilité pour la population est ressortie dans le plan d'action régional qui est conçu par groupe d'âge. Plusieurs initiatives amorcées dans la région sont maintenant disponibles dans l'ensemble du Québec, notamment en prévention des maladies buccodentaires.

### En conclusion

L'équipe des visiteurs d'Agrément Canada a constaté dans l'ensemble les domaines évalués (gouvernance, leadership et santé publique) que l'établissement s'inscrit dans un désir d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. La volonté et les moyens sont présents pour aller au-delà des pratiques actuelles et viser une meilleure conformité aux bonnes pratiques en matière de sécurité des 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Plan de sécurité des usagers</b> Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 15.1</li> </ul>

## 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.

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

Veuillez consulter l'annexe B 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.

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

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

Divers documents officiels permettent de formaliser les responsabilités et le fonctionnement du conseil d'administration (CA) et de ses comités. Les administrateurs rencontrés témoignent d'un haut niveau d'engagement. Diverses activités contribuent au développement des compétences des membres du conseil d'administration. Des activités d'orientation sont offertes aux administrateurs.

Les membres du conseil d'administration ont accès régulièrement à l'information nécessaire pour appuyer leurs décisions. Les comités de vérification, de gouvernance et d'éthique, de vigilance et de la qualité, ainsi que le comité sur la mission universitaire, remplissent bien leur mandat et informent régulièrement l'ensemble des membres du CA de leurs activités.

Des mécanismes permettent au conseil d'administration de veiller sur l'alignement des opérations avec les priorités stratégiques du CISSS, en exerçant un suivi étroit du niveau de réalisation des projets organisationnels et de différents indicateurs de performance.

Le conseil d'amélioration est bien impliqué dans la démarche d'amélioration continue du CISSS par le biais notamment, du comité de vigilance et de la qualité, des liens avec les différents conseils professionnels (CII, CIIA, Conseil multi, Conseil des sages-femmes, CMDP), des rapports de la commissaire aux plaintes et à la qualité, ainsi que des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers.

Le conseil d'administration est soucieux d'entretenir des partenariats constructifs avec les usagers, les familles et les communautés. Les nombreux liens établis avec les partenaires communautaires et institutionnels, de même que la démarche « Dialogue-Citoyen » et le plan d'action qui en découle, en témoignent.

À l'automne 2018, les membres du conseil d'administration ont procédé à l'évaluation de la gouvernance (outil d'Agrément Canada). Un plan d'action a été élaboré pour y donner suite. On encourage les membres à poursuivre la réalisation de ces engagements. Il importe de souligner la rigueur avec laquelle les administrateurs évaluent le déroulement de chacune des séances du conseil et apportent rapidement les ajustements requis, le cas échéant.

## 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.

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

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

L'approche de soins centrés sur l'utilisateur et la famille est partie intégrante de la philosophie d'intervention clinique. Le «Guide des valeurs» du CISSS de Chaudière-Appalaches oriente le partenariat de soins et de services avec les usagers et les proches. L'apport des usagers est sollicité dans les principaux processus décisionnels.

Depuis l'adoption du projet de loi 10, l'établissement est tenu d'adopter le plan stratégique du MSSS (il en est de même pour la mission). Le CISSS s'assure que ses priorités organisationnelles sont bien alignées avec le plan stratégique et opérationnalise le tout par le biais d'un portefeuille de projets suivi étroitement par un Bureau de projets. Les valeurs de l'organisation sont prises en considération dans le choix des priorités d'action (équité, humanisme et collaboration).

Des mécanismes structurés pour veiller sur la réalisation de ces projets interpellent les gestionnaires et les équipes terrain (salles de pilotage et indicateurs stratégiques, opérationnels et tactiques, de même que des stations visuelles). On encourage l'établissement à compléter le déploiement et l'animation des stations visuelles et à actualiser son projet de stations «virtuelles» pour faciliter l'accès à tous.

De nombreux partenariats sont établis avec des partenaires communautaires et institutionnels dans le but de fournir et de coordonner les services à la population de façon efficace et efficiente. Le CISSS s'associe à divers projets de la communauté et y participe afin de promouvoir la santé et la prévention des maladies. Les partenaires rencontrés témoignent d'une belle collaboration avec le CISSS et de nombreux exemples d'initiatives communes réalisées en co-construction.

## 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 systèmes budgétaires, de comptabilité et d'approvisionnement ont été fusionnés depuis la création du CISSS. L'établissement présente une saine situation financière. L'attribution des ressources financières pour les opérations et les immobilisations est soumise à un cycle rigoureux de planification. L'allocation et la réallocation des ressources tiennent compte des priorités stratégiques, de même que des éléments de productivité et de performance.

Le conseil d'administration (et le comité de vérification), l'équipe de direction et l'ensemble du personnel d'encadrement sont mis à contribution dans l'élaboration, l'approbation et le suivi budgétaire. La direction des services techniques travaille en étroite collaboration avec les différentes directions pour la priorisation des achats d'équipements, ainsi que pour les projets de rénovation fonctionnelle et de maintien des actifs immobiliers. Les processus décisionnels s'appuient sur des critères d'évaluation pondérés.

Les gestionnaires des diverses directions et services bénéficient du soutien d'un répondant de la direction de ressources financières pour les accompagner en regard du suivi budgétaire périodique et de l'analyse des écarts. On encourage l'établissement à poursuivre la formation offerte à cet égard lors de l'intégration des nouveaux cadres, dans l'optique de développer une plus grande autonomie au fil du temps.

## Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Les activités d'amélioration de la qualité de vie au travail et les incitatifs à la prise en charge de la santé par les travailleurs s'inscrivent tout particulièrement dans le cadre de la démarche « Entreprise en santé » dans laquelle l'établissement est significativement investi et se démarque (certification Elite). Diverses initiatives ont été mises en place concernant notamment les pratiques de gestion et l'équilibre travail-vie personnelle.

Dans le but de favoriser un climat de travail sain et dans une optique de prévention, l'établissement a adopté une politique en matière de civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail. Un plan d'action concernant la civilité encadre la mise en œuvre d'orientations en regard de la civilité. Aussi, des procédures permettent aux membres du personnel de signaler en toute confidentialité les incidents liés à la violence au travail et d'assurer les suivis et la reddition de comptes qui s'imposent.

Un plan de développement des ressources humaines a été élaboré en collaboration avec les différentes directions. Les activités de formation retenues sont bien alignées avec les priorités et obligations organisationnelles et la répartition des ressources est faite dans un souci d'équité. Les formations offertes dépassent les obligations des conventions collectives et le recours à un environnement numérique d'apprentissage permet d'optimiser l'offre. La formation et le perfectionnement en matière de sécurité des usagers sont offerts au personnel au moins une fois par année. L'organisation se préoccupe également de la gestion des talents. À titre d'exemples, des accommodements sont consentis en regard de l'aménagement du temps de travail pour faciliter la poursuite des études et un programme de relève est offert au personnel d'encadrement.

L'enjeu de disponibilité de main-d'œuvre présente un défi majeur pour l'organisation qui est confrontée à des manques dans différents titres d'emploi. De nombreuses stratégies sont mises en œuvre pour favoriser le recrutement (ex. : participations à des salons d'emploi, recrutement à l'étranger, programme de bourses d'études pour préposés aux bénéficiaires). Afin d'optimiser les ressources en place, favoriser la rétention de la main-d'œuvre et stabiliser les équipes, un projet porteur « d'autoreplacement » a vu le jour récemment. Les gestionnaires témoignent de différentes mesures favorisant une gestion optimale de la présence au travail.

Les pratiques en matière de gestion de la santé et de la sécurité au travail sont bien structurées et couvrent à la fois les aspects de prévention et d'indemnisation. Des comités paritaires stratégiques et par thématique (ex. : violence au travail, santé psychologique) sont actifs. Le virage ministériel en regard de la culture de prévention durable s'active dans le milieu. Les personnes rencontrées reconnaissent l'importance de renforcer la culture de prévention et les pratiques de déclaration des événements.

Un programme d'appréciation de la contribution est défini par l'organisation. Le personnel est évalué de manière systématique en période de probation. L'ensemble du personnel devrait être évalué tous les deux ans, mais l'application du programme s'avère inégale d'un secteur à l'autre. On invite l'organisation à réactiver les bonnes pratiques de gestion à cet égard.

Les dossiers des employés sont entreposés de façon sécuritaire. On encourage l'établissement à harmoniser la tenue des dossiers et à s'assurer de la présence des pièces essentielles (ex. : engagement signé en regard de la confidentialité).

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
15.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme. <ul style="list-style-type: none"> <li>15.1.1 Les problèmes de l'organisme liés à la sécurité des usagers sont évalués.</li> <li>15.1.2 Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés.</li> <li>15.1.3 Le plan comprend la sécurité des usagers sous forme de priorité ou de but stratégique formulé par écrit.</li> <li>15.1.4 Des ressources sont allouées pour favoriser la mise en oeuvre du plan sur la sécurité des usagers.</li> </ul>	 <b>PRINCIPAL</b>  <b>SECONDAIRE</b>  <b>PRINCIPAL</b>  <b>SECONDAIRE</b>
15.2 La responsabilité de mettre en oeuvre et de surveiller le plan de sécurité des usagers et de diriger les activités d'amélioration de la sécurité des usagers est confiée à un conseil, à un comité, à un groupe ou à une personne.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Des processus clairs et documentés sur la façon d'exprimer des insatisfactions (ou plaintes) sont communiqués aux usagers et aux familles. Le processus de gestion des plaintes est bien structuré, se fait en étroite collaboration avec les directions concernées et respecte généralement les délais prescrits. La commissaire aux plaintes et à la qualité présente un rapport au comité de vigilance et de la qualité (du conseil d'administration) quatre fois par année et on veille de près au suivi des recommandations.

Un plan d'amélioration de la qualité expose de manière systémique les différentes stratégies mises en place pour soutenir les activités d'amélioration continue des différents secteurs de l'organisation. Des dispositifs sont prévus tant au niveau stratégique et tactique qu'au niveau opérationnel. Une structure participative d'amélioration continue transcende l'ensemble de l'organisation et interpelle des leaders de normes, des porteurs de POR et des conseillères en amélioration continue volet agrément. Les initiatives d'amélioration de la qualité sont intégrées au portefeuille de projets organisationnels prioritaires. Diverses stratégies permettent de communiquer les résultats des projets d'amélioration de la qualité au sein de l'établissement, notamment par le biais des stations visuelles. On encourage l'établissement à compléter le déploiement de stations virtuelles et à aller de l'avant avec le projet de stations en mode virtuel afin d'en faciliter l'accès.

Une approche de gestion intégrée des risques et de prestation sécuritaire des soins a été mise en place. Il serait souhaitable que l'établissement élabore et mette en œuvre un plan de sécurité des usagers. Une politique de déclaration des incidents et accidents est élaborée. Des procédures sont mises en place pour assurer le suivi des événements indésirables relatifs aux usagers. Dans un but d'optimisation, on encourage l'établissement à compléter l'informatisation de la saisie des rapports d'accidents et d'incidents. Des analyses prospectives ont été réalisées minimalement aux ans. Un rapport trimestriel sur les événements indésirables est présenté au comité de vigilance et de la qualité et déposé au conseil d'administration. Pour permettre une rétroaction aux équipes terrain au sujet des tendances en matière d'accidents et incidents et des suivis qui en découlent, on encourage l'établissement à intégrer cette information dans les stations visuelles des différents secteurs d'activités.

Un règlement a été adopté au sujet de la divulgation de l'information nécessaire à l'utilisateur à la suite d'un accident et on y traite également de mesures de soutien. Une procédure relative à la divulgation, une capsule d'information succincte sur la divulgation et un plan de divulgation ont été développés pour soutenir la démarche de divulgation.

La direction des services multidisciplinaires et la direction des soins infirmiers collaborent à la mise en place de mécanismes d'encadrement professionnel favorables à l'apprentissage professionnel pour offrir les meilleurs soins et services à l'utilisateur. On encourage l'organisme à poursuivre l'implantation de ces mécanismes d'encadrement clinico-administratifs. Il importe de souligner également le soutien offert par la direction de la qualité en regard de l'évaluation de programmes. Cette riche expertise contribue à structurer la gestion des processus de changements et les démarches des projets d'amélioration dans divers secteurs d'activités.

Un projet organisationnel en cours de réalisation vise l'implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM). Il inclut un plan d'action, une politique organisationnelle, un plan de déploiement, des procédures pour encadrer le processus de BCM, un plan de formation, de même que des mécanismes de contrôle et de suivi.

Les représentants des conseils professionnels rencontrés (CII, CIIA, Conseil multi, Conseil des sages-femmes) témoignent d'une bonne compréhension de leur mandat et d'un fort dynamisme. Ces conseils sont bien structurés et se sentent légitimés dans l'organisation. On encourage l'établissement à aider à l'exercice de leur mandat en renforçant les conditions facilitantes. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est à revoir sa structure de fonctionnement afin qu'elle soit mieux adaptée au contexte du CISSS. On l'encourage à aller de l'avant avec ce projet, tout en réactivant le comité d'évaluation de l'acte dans une logique proactive.

## 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.

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

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

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a élaboré un code d'éthique (guide des valeurs) et un cadre de référence en éthique et déontologie afin de formaliser les engagements, les pratiques attendues et les processus de gestion en la matière. Plusieurs activités d'information, de formation et de communication contribuent au développement d'une culture éthique (ex. : dépliant sur les comités d'éthique, guide et dépliant sur le consentement des usagers).

L'organisation a mis en place une structure et consacré des ressources pour soutenir les cliniciens, les gestionnaires ou toute autre personne œuvrant dans le CISSS dans des réflexions éthiques (un Bureau éthique, un comité d'éthique stratégique, trois comités d'éthique clinique). Ces comités sont accessibles et les membres ont développé une expertise en délibération éthique. On encourage l'organisation à mieux faire connaître ces instances d'accompagnement auprès des équipes cliniques afin de les inciter à s'y référer lorsqu'ils sont confrontés à des dilemmes éthiques.

L'établissement initie et collabore à de nombreuses activités de recherche. Tous les projets de recherche sont soumis à une évaluation de la convenance et à une évaluation éthique. Le comité d'éthique de la recherche évalue près de 25 projets par an et exerce son rôle de manière très rigoureuse.

## 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)

Le conseil d'administration a adopté une politique et un plan de communication stratégiques. Plusieurs plans de communication spécifiques sont aussi élaborés en lien avec des projets organisationnels. Ces plans de communication sont soumis à des consultations incluant les instances concernées et des usagers partenaires.

De nombreuses initiatives et outils de communication visent à informer les usagers et les membres de l'organisation, à renforcer les liens avec les communautés et à faire rayonner l'organisation (ex. : infolettres, site internet, présence dans les médias sociaux, relations avec les médias, capsule vidéo). Une politique d'affichage et des normes graphiques sont aussi appliquées.

Les demandes d'accès à l'information sur l'utilisateur ou de nature administrative sont gérées de façon rigoureuse et sont bien encadrées par des politiques et des procédures. Le CISSS veille de près sur le respect de la confidentialité des renseignements sur l'utilisateur. Un engagement à cet égard est signé par tout nouvel employé au moment de l'embauche. Une semaine de sensibilisation à la confidentialité est tenue tous les deux ans.

L'organisme veille de près sur la sécurité informationnelle. Divers documents d'orientation encadrent les pratiques : Politique sur la sécurité de l'information, Politique sur la gestion de l'accès, Cadre de gestion des systèmes d'information. On encourage le CISSS à compléter l'élaboration et la mise en œuvre des procédures qui en découlent.

## 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.

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

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

À l'Hôpital de Saint-Georges, il y a de la récupération de papier, de verre, de plastique, de métal et de carton, cependant, l'établissement est encouragé à regarder comment il peut réduire sa quantité de déchets par certaines alternatives tels le compostage, la déshydratation, etc.

Nous tenons à souligner que lors de la construction du centre de cancérologie de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis, l'établissement a voulu réduire son empreinte écologique, pour cette nouvelle construction, en optant pour l'installation d'un toit vert. Cette initiative permet de réduire les impacts sur l'environnement (îlots de chaleur, élimination de produits utilisant du bitume, etc.).

Nous soulignons comme bon coup l'harmonisation des processus et l'uniformisation des outils de gestion des projets des services techniques pour l'ensemble du CISSS.

Nous tenons à souligner le dynamisme de l'équipe de la direction des services techniques rencontrée lors de la visite à l'Hôpital de Thetford Mines, nous avons visité un projet réalisé en médecine nucléaire à la grande satisfaction des clients rencontrés.

L'Hôpital de Saint-Georges est doté d'une génératrice qui date de plusieurs années, depuis son installation, de nouveaux circuits électriques ont été ajoutés dans l'hôpital et la capacité de la génératrice est presque à saturation. L'équipe de la direction des services techniques a un projet afin de rehausser la génératrice par l'ajout d'une seconde afin d'assurer une redondance. Nous encourageons l'équipe à poursuivre dans ce sens.

## 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)

Des simulations sur des mesures d'urgence ont lieu chaque année dans la plupart des installations et le personnel connaît la procédure qui les concerne. Le lien de partenariat est très bien intégré autant avec les services d'incendies, le service de la Sûreté du Québec, qu'avec les municipalités.

Une coordination avec les partenaires est mise en œuvre rapidement afin d'assurer la continuité des services pendant et après les sinistres. De plus, il y a une veille active des situations d'urgence possibles et des rencontres préparatoires sont prévues, par exemple pour la planification des routes fermées l'hiver. Une liste de 34 risques a été élaborée avec la collaboration des partenaires municipaux et la population afin d'établir les priorités d'intervention.

L'équipe d'intervention démarre rapidement une cellule de crise avec des partenaires afin d'assurer la sécurité et l'accessibilité aux services. Les équipes d'intervention ainsi que les directions cliniques partenaires se sont démarquées lors des inondations au printemps 2019.

Un débriefing a toujours lieu afin de trouver des pistes d'amélioration si une situation similaire se représente et pour assurer une prise en charge des suivis psychologiques selon le besoin.

## Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
10.5 Le conseil d'administration entend souvent des usagers et des familles parler de leurs incidents liés à la qualité et à la sécurité.	!

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

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a adopté une politique de partenariat avec les usagers, les proches et la population. Cet engagement se traduit par de nombreuses initiatives visant à renforcer l'implication des usagers (consultation, participation et coconstruction). La portée organisationnelle de ce projet est en constante évolution depuis les trois dernières années. L'établissement démontre un leadership certain en la matière et de multiples réalisations en témoignent.

Différents outils de référence ont été élaborés pour soutenir l'implantation de cette approche (ex. : Comité de développement stratégique du partenariat-usager, Guide d'accompagnement au recrutement et à l'intégration des usagers-collaborateurs, Guide de l'usager collaborateur en amélioration). Le processus de recrutement d'usagers partenaires est bien structuré et outillé (environ 45 usagers partenaires sont actifs). On encourage l'établissement à aller de l'avant avec son intention de renforcer les activités de formation et de reconnaissance à l'intention des usagers partenaires. Des usagers partenaires sont impliqués dans de nombreux projets organisationnels. Ils témoignent d'une grande considération à leur égard et d'un sentiment d'utilité.

Les représentants du comité des usagers du centre intégré (CUCI) rencontrés démontrent un fort niveau d'engagement. Le CUCI et les comités des usagers bénéficient du soutien administratif de deux personnes-ressources pour faciliter l'exercice de leur mandat. Les personnes rencontrées reconnaissent que la direction de l'établissement collabore bien avec le comité des usagers. On encourage le CUCI à être attentif à bien représenter les préoccupations des diverses clientèles (SAPA, déficience physique, programme jeunesse).

## Processus prioritaire : Équipement et appareils 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
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.	
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
1.1 Au moins une fois par année, de l'information est recueillie sur le niveau d'utilisation des services auprès de tous les secteurs de l'organisme qui ont besoin de services de retraitement et les données sont communiquées à l'URDM.	!
3.3 L'accès à l'URDM est contrôlé en limitant l'accès aux membres autorisés de l'équipe et en indiquant clairement où se trouve l'unité de retraitement.	!
3.6 L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
5.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
5.12 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.	!
8.2 Les lavabos dans l'aire de retraitement sont équipés de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou encore d'un oeil magique, de distributeurs de savon automatiques et de serviettes à usage unique.	
9.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'URDM.	!

11.3	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
11.8	Les appareils d'endoscopie souples sont rangés adéquatement suivant les directives du fabricant de manière à réduire les risques de contamination et les dommages.	!
12.1	L'URDM dispose d'une aire adéquate pour entreposer l'équipement, les dispositifs médicaux stérilisés.	!
15.1	Un programme d'amélioration de la qualité des services de retraitement est en place et il intègre les principes de contrôle de la qualité, de gestion des risques et d'amélioration continue.	
15.2	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 parties prenantes et des membres de l'équipe.	
15.3	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 parties prenantes.	
15.4	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes.	!
15.5	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 parties prenantes.	
15.6	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.7	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
15.8	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
15.9	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.10	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.	!

- |  |  |
|--|--|
| 15.11 L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux parties prenantes, aux équipes, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin. |  |
| 15.12 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité avec l'apport des parties prenantes.   |  |

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

Lors de notre visite dans les divers établissements, nous avons rencontré des équipes mobilisées et des gestionnaires dédiés à leurs équipes.

Nous avons constaté des croisements de scopes propres et souillés au service de retraitement en endoscopie à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis, il n'y a pas de division physique entre la section de la décontamination et du lavage des scopes. Nous encourageons l'établissement à trouver des solutions afin d'aménager les lieux pour éviter le croisement du propre et du souillé.

Nous avons constaté que dans les secteurs de retraitement des instruments médicaux les plafonds sont en matériaux poreux, alors qu'ils devraient être en matériaux permettant le nettoyage facilement. De plus dans la zone de décontamination il n'y a pas de lavabos ayant des dispositifs de contrôle automatiques (œil magique ou commande au genou) ni de distributeurs de savon automatique afin de permettre aux membres de l'équipe de se laver les mains dès l'entrée. Nous encourageons l'établissement à trouver des pistes afin d'installer ce type de lavabo.

L'entrée de l'URDM doit être contrôlée en limitant l'accès aux membres autorisés de l'équipe, tant à l'Hôtel-Dieu de Lévis qu'à l'Hôpital de Saint-Georges les portes ne sont pas barrées. Nous encourageons l'équipe à sécuriser les portes de l'URDM (à l'Hôtel Dieu, un mécanisme limitant l'accès est en fonction en soirée seulement, l'activation de ce processus avec une entrée sécurisée avec une carte d'accès pour les personnes autorisées seulement permettrait de régulariser cette lacune).

Dans l'entreposage des instruments médicaux au bloc opératoire de l'Hôtel-Dieu de Lévis, nous avons constaté que plusieurs plateaux ou caissons étaient identifiés avec un indicateur rouge ce qui indique qu'il manque des instruments dans ceux-ci. Pour certains, cela datait de 2018. Nous encourageons l'équipe à compléter ces plateaux et caissons afin de les rendre disponibles pour les interventions.

Un système de traçabilité des instruments médicaux est en cours d'implantation à l'Hôtel-Dieu de Lévis, nous encourageons l'équipe à poursuivre ses travaux et le déploiement dans les autres sites. C'est le seul des 4 hôpitaux qui est en implantation d'un système de traçabilité.

Un programme d'entretien préventif est en place dans les hôpitaux Hôtel-Dieu de Lévis et Saint-Georges. À l'Hôpital de Thetford Mines, le processus est en élaboration, il y a un retard dans son implantation occasionnée par une pénurie de techniciens. L'équipe est complète depuis peu et le programme

d'entretien préventif se met en place.

Lors de la visite au bloc opératoire de l'Hôpital de Thetford Mines, nous avons constaté un encombrement important dans les corridors du bloc opératoire rendant difficiles la trajectoire des patients sur civière et le déplacement du personnel, il y avait des équipements et une civière de plus qui limitaient l'accès à la sortie d'urgence. L'équipe nous a mentionné qu'un projet d'agrandissement du bloc opératoire est en cours d'élaboration. Nous encourageons l'établissement à poursuivre ce projet et à trouver des solutions temporaires afin de dégager la sortie d'urgence et désencombrer les corridors.

Le programme d'entretien préventif des équipements à l'unité de retraitement des instruments médicaux est effectué par les équipes des services techniques et les informations sont détenues par cette équipe. Nous avons proposé que les informations soient aussi transmises à la personne responsable de l'unité de retraitement.

Il y a une problématique d'humidité récurrente l'été dans l'aire d'entreposage des instruments stérilisés à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis, une unité de climatisation portative a été installée temporairement cette année, l'établissement est encouragé à trouver des solutions permanentes à cette problématique.

## 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 :

### 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.

### 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.

### 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.

### 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.

## Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>

Le processus de gestion des médicaments est suivi de façon très rigoureuse dans cette organisation et découle des orientations et plans d'action du comité régional du circuit du médicament. Le souci principal

est la sécurité des usagers en lien avec la médication. Les chefs de service locaux assurent la mise en œuvre et les suivis des différents programmes et politiques élaborés. Au niveau de l'harmonisation, les équipes ont déjà accompli beaucoup et sont engagées à poursuivre selon les délais établis.

Au niveau du personnel, , chacun des centres vit des réalités différentes en ce qui concerne les pharmaciens et les assistants techniques et cela demande de revoir l'organisation du travail pour faciliter l'exercice des responsabilités toujours en respectant les rôles professionnels de chacun et de revoir l'offre de service en conséquence. L'implication des pharmaciens au niveau des différents secteurs cliniques est présente, mais il y a une volonté de prioriser davantage les secteurs avec clientèle vulnérable. Les assistants techniques professionnels (ATP) assument pleinement leurs rôles et contribuent grandement au fonctionnement du service ainsi qu'aux audits nécessaires pour valider la conformité aux politiques en place. La certification annuelle des ATP de la préparation stérile est respectée dans tous les secteurs.

Les liens avec les pharmacies communautaires sont très bien développés et tous travaillent en étroite collaboration sur des projets spécifiques. On note le transfert de la surveillance du niveau thérapeutique du milieu hospitalier vers les pharmaciens communautaires.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
5.5 Les membres de l'équipe et les bénévoles doivent participer au programme de formation sur la prévention et le contrôle des infections au moment de leur orientation et régulièrement par la suite, selon leurs rôles et leurs responsabilités en la matière.	!

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

#### Processus prioritaire : Prévention des infections

Nous soulignons comme bon coup la mise en place d'audits auprès du personnel du service d'hygiène salubrité avec les trousse BMR afin de valider l'efficacité des activités de désinfection des surfaces dans les chambres des patients.

Nous soulignons aussi la réduction importante du nombre de maladies nosocomiales dans les 4 hôpitaux visités, plusieurs actions ont été mises en place et l'équipe peut être fière des résultats.

Nous soulignons le processus d'audit de lavage des mains et l'affichage des résultats sur les unités de soins visible pour le personnel, les usagers et les visiteurs. L'équipe de prévention des infections trouve des moyens innovants afin d'assurer une compliance au lavage des mains, dont l'affichage dans les chambres des patients qui identifie que les patients peuvent interpeller le personnel et les cliniciens s'ils voient qu'ils n'ont pas lavé leurs mains avant d'intervenir auprès d'eux, l'affichage dans les toilettes du personnel résulte également du processus des audits.

Nous avons vu du personnel du service d'hygiène salubrité engagé dans leur travail dans le respect des procédures pour la désinfection des chambres.

Lors de la visite des unités de soins, nous avons observé que dans la majorité des unités de soins, les portes des utilités souillées et propres étaient ouvertes, malgré une indication sur les portes que celles-ci doivent être fermées en tout temps. Nous invitons l'établissement à faire des rappels sur l'importance de laisser les portes fermées.

À l'Hôtel-Dieu de Lévis, nous avons constaté que les portes des utilités souillées demeuraient ouvertes et que dans cette même utilité souillée il y avait le service d'hygiène salubrité et l'accès à un ascenseur de service amenant une circulation soutenue dans un environnement qui devrait être à accès limité. Il y a des contraintes architecturales dans l'établissement qui limitent la correction de cette situation, par ailleurs, nous encourageons l'établissement dans de futurs réaménagements, à trouver des solutions à cette

problématique.

À l'unité de médecine de l'Hôtel Dieu de Lévis, nous avons remarqué des pompes volumétriques entreposées directement sur le sol dans le corridor. Une attention particulière devrait être apportée afin de les entreposer sur des tablettes ou sur des tiges à solutés.

Lors de la visite sur les unités de soins à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis, nous avons constaté que les réfrigérateurs de médicaments sur les unités n'étaient pas nettoyés, nous avons vu des taches de lait renversé et séché sur les tablettes. Un protocole de nettoyage de ces réfrigérateurs doit être mis en place identifiant le titre d'emploi et la fréquence des nettoyages à effectuer.

Nous avons constaté un encombrement important dans les corridors de l'unité de médecine à l'Hôtel-Dieu de Lévis, nous encourageons l'équipe à revoir les articles qui pourraient être relocalisés dans d'autres lieux.

## Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Santé publique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
<p>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.</p> <p>Les membres des équipes rencontrés ont témoigné une grande fierté en lien avec leur travail. La mention du sentiment de changer en bien la vie des gens est ressortie dans tous les échanges avec les employés et les médecins.</p> <p>Une collaboration respectueuse et humanisante avec les partenaires a pu être constatée, plusieurs projets étant démarrés selon une approche multisectorielle.</p>	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
<p>Le maintien à jour des compétences et des connaissances des employés a été constaté.</p> <p>Les formations données sont en lien avec les nouvelles particularités issues des besoins populationnels. Cet aspect est présent dans tous les continuums couverts par la Santé publique.</p> <p>Les employés sont rencontrés régulièrement pour une évaluation du rendement et un programme de reconnaissance est présent au sein de l'organisation.</p> <p>Les employés rencontrés témoignent d'une reconnaissance quotidienne dans leur travail de la part des supérieurs ainsi que de la population desservie.</p>	

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Un processus est en place afin de s'assurer de l'atteinte des résultats. Une évaluation avec un réajustement tous les six mois est prévue pour les actions touchant la population par groupe d'âge.

L'implication citoyenne a pu être confirmée de la part des partenaires au sein des comités de travail et par les sondages de satisfaction conduits auprès de la population.

La culture de partenariat avec la communauté semble être bien intégrée.

En santé au travail, une utilisation élargie des ressources et selon les besoins de la population est constatée. Les interventions dépassent les limites des 15 secteurs ciblés par le cahier de charges, notamment l'agriculture et l'ergonomie.

**Processus prioritaire : Santé publique**

Le plan d'action régional est conçu pour répondre aux particularités spécifiques de chaque groupe populationnel. Il découle du PNSP et il est fait en concertation avec les partenaires internes, externes ainsi que la population.

L'axe d'intervention en prévention des maladies infectieuses est très bien implanté, le territoire de Chaudière-Appalaches présentant une couverture vaccinale au-dessus de la moyenne québécoise.

Les connaissances se basent sur la recherche et sur les meilleures pratiques en santé publique.

Le processus élaboré pour planifier la réduction des inégalités sociales et de santé pourrait faire l'objet d'une pratique exemplaire.

Une excellente prise en charge par l'équipe des maladies infectieuses de l'éclosion à méningocoque du sérogroupe B a été constatée.

L'objectif en promotion de la santé est atteint à 100 % pour les jeunes du primaire en ce qui concerne la prévention de l'apparition des problèmes de santé buccodentaire et il est en cours de développement pour les jeunes du deuxième secondaire.

Le défi qui ressort est surtout de l'ordre de la disponibilité des ressources humaines. Les programmes gagneront en efficience avec une meilleure allocation à ce niveau.

## Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, 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 : 18 octobre 2017 au 20 octobre 2017**
- **Nombre de réponses : 14**

#### 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 * Moyenn canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	7	7	86	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	79	14	7	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	38	8	54	81

	% 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	94
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	96
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	96
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	95
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	21	14	64	64
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	7	0	93	91
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	95
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	14	0	86	92
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	97
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	14	86	95
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	99
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	21	7	71	76
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	7	21	71	69

	% 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 revoions notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	80
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	33	25	42	62
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	21	79	85
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	14	29	57	50
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	14	50	84
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	9	0	91	95
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	14	21	64	78
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.	0	0	100	90
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	9	27	64	88
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	67	33	0	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	22	78	88
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	7	0	93	93

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenn canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	30	0	70	93
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris taille et la structure des sous-comités.	14	21	64	88
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	40	0	60	89

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

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 * Moyenn canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	7	29	64	81
34. La qualité des soins	7	21	71	82

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Commentaires de l'organisme

**Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.**

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches perçoit les résultats de cette visite comme les retombées des efforts réalisés dans les dernières années. Nous avons choisi de miser sur la collaboration avec nos partenaires et d'intégrer le partenariat avec les usagers, leurs proches et la population dans toute notre organisation, ce qui transparaît dans les commentaires reçus. Le rapport témoigne de l'intégration de nos valeurs dans nos comportements et comment elles nous soutiennent pour faire face aux défis de notre organisation.

Par ailleurs, les observations partagées confirment que notre organisation a mis en place les assises essentielles pour renforcer la qualité et la sécurité des soins et services de santé offerts dans notre région depuis la fusion. Les orientations prises par l'équipe de leadership et alimentées par les équipes terrain, l'amène à être une organisation forte qui s'engage pour la qualité. Nous sommes fiers d'avoir des gens de cœur dans nos équipes qui travaillent pour le bien-être de nos usagers.

L'équipe visiteuse nous encourage à poursuivre la réalisation de notre planification pour surmonter les défis identifiés. Ces encouragements confirment que l'organisation a une vision réaliste et appropriée pour la suite de ses activités.

Ces résultats nous permettent aussi de constater que notre organisation ne rayonne pas suffisamment quant à la qualité et la sécurité des services que nous offrons. Nous travaillons à promouvoir certaines de nos bonnes pratiques par le Consortium Inter-S4, mais devons soutenir nos équipes dans la valorisation de celles-ci à l'externe. Dans la même ligne de pensée, notre établissement poursuit sa transformation vers une organisation apprenante favorisant l'épanouissement des talents.

En conclusion, notre organisation doit continuer à miser sur les pointes d'excellence telle que la Caractérisation des communautés, Un p'tit café avant de partir, Protocole Rémi, Programme CADOE, Projet RIRE, la clinique Roseau pour continuer sa lancée vers l'atteinte de l'excellence dans les soins et services qu'elle offre. En poursuivant ses efforts pour concrétiser la planification faite en lien avec les défis qui le concerne, le CISSS de Chaudière-Appalaches se considère sur la bonne voie vers la maîtrise de la qualité et de la sécurité des soins et services.

## Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

### Planification des mesures à prendre

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

## Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Soins de santé centrés sur les personnes	Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.