



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Sainte-Marie, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 30 octobre au 4 novembre 2022

Date de production du rapport : 20 décembre 2022

Au sujet du rapport

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 octobre 2022. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	9
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	24
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	28
Résultats détaillés de la visite	30
Résultats pour les manuels d'évaluation	31
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	31
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	33
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	38
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	41
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	45
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	48
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	50
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	53
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	55
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	57
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	60
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	62
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	63
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	64
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	67
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	69
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	70

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	72
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	74
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	75
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	76
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	80
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	84
Ensemble de normes : Télésanté	84
Annexe A - Programme Qmentum	86

Sommaire

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 mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 30 octobre au 4 novembre 2022**

- **Emplacements**

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

1. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lac-Etchemin (CLSC, CHSLD, GMF-U)
2. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lévis (CLSC, CHSLD, Centre de réadaptation en dépendance)
3. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Saint-Georges (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme de Saint-Georges, CLSC, DPJ, Jeunesse, Santé au travail)
4. Centre multiservices de santé et de services sociaux Paul-Gilbert (CHSGS, CHSLD, CRDP)
5. Centre régional intégré de cancérologie (CRIC)
6. Clinique plaies complexes HDL
7. CLSC de Saint-Joseph-de-Beauce
8. CLSC de Saint-Lazare-de-Bellechasse
9. CLSC de Saint-Romuald
10. CLSC de Thetford Mines
11. CLSC et CHSLD de Montmagny
12. CLSC et CHSLD de Sainte-Marie
13. CLSC et Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Lévis
14. CLSC, Centre de services externes pour les aînés de Laurier-Station et GMF intramuros
15. CLSC, Centre de services externes pour les aînés de Saint-Pamphile et point de service du GMF de Montmagny (intramuros)
16. CLSC, CHSLD de Saint-Jean-Port-Joli et point de service du GMF de Montmagny (intramuros)
17. CLSC, CRDP, CHSLD et réadaptation en alcoolisme de Beauceville
18. Hôpital de Montmagny
19. Hôpital de Saint-Georges
20. Hôpital de Thetford Mines
21. Hôtel-Dieu de Lévis
22. Siège Social et Centre de Protection de l'Enfance et de la Jeunesse de Sainte-Marie

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Santé physique
2. Services généraux









- **Normes**

Normes sur l'excellence des services

1. Télésanté

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	13	0	0	13
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	131	0	0	131
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	583	29	5	617
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	23	2	0	25
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	524	15	40	579
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	84	2	0	86
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	459	20	14	493
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	35	1	1	37
Total	1852	69	60	1981

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

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

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Santé physique									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	51 (100,0%)	0 (0,0%)	0	67 (100,0%)	0 (0,0%)	5	118 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	40 (97,6%)	1 (2,4%)	0	43 (100,0%)	0 (0,0%)	5	83 (98,8%)	1 (1,2%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	42 (95,5%)	2 (4,5%)	0	58 (98,3%)	1 (1,7%)	9	100 (97,1%)	3 (2,9%)	9

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	39 (100,0%)	0 (0,0%)	4	42 (97,7%)	1 (2,3%)	7	81 (98,8%)	1 (1,2%)	11
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	38 (100,0%)	0 (0,0%)	0	44 (97,8%)	1 (2,2%)	5	82 (98,8%)	1 (1,2%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	76 (100,0%)	0 (0,0%)	0	81 (96,4%)	3 (3,6%)	1	157 (98,1%)	3 (1,9%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	28 (100,0%)	0 (0,0%)	0	57 (95,0%)	3 (5,0%)	0	85 (96,6%)	3 (3,4%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	75 (91,5%)	7 (8,5%)	0	64 (100,0%)	0 (0,0%)	0	139 (95,2%)	7 (4,8%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	27 (93,1%)	2 (6,9%)	0	36 (97,3%)	1 (2,7%)	5	63 (95,5%)	3 (4,5%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	75 (97,4%)	2 (2,6%)	0	55 (96,5%)	2 (3,5%)	5	130 (97,0%)	4 (3,0%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	36 (100,0%)	0 (0,0%)	0	47 (100,0%)	0 (0,0%)	5	83 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0	74 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	16 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	602 (97,7%)	14 (2,3%)	4	697 (98,3%)	12 (1,7%)	47	1299 (98,0%)	26 (2,0%)	51
Services généraux									
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	46 (95,8%)	2 (4,2%)	0	84 (95,5%)	4 (4,5%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	15 (100,0%)	0 (0,0%)	2	19 (100,0%)	0 (0,0%)	0	34 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	9 (100,0%)	0 (0,0%)	0	15 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	16 (94,1%)	1 (5,9%)	1	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0	58 (98,3%)	1 (1,7%)	1
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	8 (100,0%)	0 (0,0%)	0	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	5 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	23 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	36 (94,7%)	2 (5,3%)	0	40 (90,9%)	4 (9,1%)	5	76 (92,7%)	6 (7,3%)	5
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	23 (82,1%)	5 (17,9%)	0	37 (92,5%)	3 (7,5%)	1	60 (88,2%)	8 (11,8%)	1
Total	153 (93,9%)	10 (6,1%)	7	250 (96,5%)	9 (3,5%)	6	403 (95,5%)	19 (4,5%)	9
Télésanté									
Ensemble de normes : Télésanté	19 (90,5%)	2 (9,5%)	0	28 (87,5%)	4 (12,5%)	0	47 (88,7%)	6 (11,3%)	0
Total	19 (90,5%)	2 (9,5%)	7	28 (87,5%)	4 (12,5%)	0	47 (88,7%)	6 (11,3%)	0
Total	774 (96,8%)	26 (3,3%)	7	975 (97,5%)	25 (2,5%)	53	1749 (97,2%)	51 (2,8%)	60

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	4 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	4 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	4 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	0 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	0 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	0 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	4 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	8 sur 8
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	0 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	2 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	1 sur 3

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

L'établissement et le contexte

La mission du Centre intégré de Santé et de Services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA) est bien définie par le ministère de la Santé et des Services sociaux; elle comprend les activités en Centre local de services communautaires (CLSC), en Centre hospitalier (CH), en Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), et en Centre de réadaptation (CR), répartis dans une centaine d'installations.

Elle comprend également un volet d'enseignement universitaire où transitent près de 3 000 stagiaires annuellement, incluant 2 groupes de médecins de famille universitaires (GMF-U) et un volet de recherche. Les affiliations universitaires sont établies avec l'Université Laval de Québec et l'Université du Québec à Rimouski.

L'établissement dispose d'un budget de 1,6 G\$, avec 14 500 employés, 350 gestionnaires, 840 médecins incluant dentistes et pharmaciens. Les ressources institutionnelles comptent 690 lits de courte durée (santé physique, gériatrie et psychiatrie), 1 516 lits de longue durée en CHSLD, 209 lits en centre de réadaptation.

La population du territoire, qui avoisine les 425 000 habitants, présente des indicateurs sociodémographiques qui varient d'une sous-région à l'autre et la planification de l'offre de soins et services est adaptée en conséquence.

La vision et les valeurs de l'établissement sont bien intégrées aux divers niveaux de l'organisation et se reflètent au quotidien dans les actions de l'ensemble de ses membres.

Constatations générales

La dernière visite complète a eu lieu en 2016 et la visite reliée aux séquences 1 et 2 du nouveau programme quinquennal d'Agrément Canada a eu lieu en 2019. L'établissement a déployé des efforts importants pour continuer sa démarche d'amélioration continue, de prestation sécuritaire des soins et des services, avec un accent sur l'utilisateur partenaire.

La présente visite, reliée à la séquence-3 en santé physique et services généraux, a révélé que les vagues successives de la pandémie de COVID-19, qui ont commencé au début de l'année 2020, associées aux programmes de vaccination massive de la population, ont eu un impact important sur l'offre de soins et de services, de même que sur la disponibilité des ressources humaines.

Néanmoins, la résilience des équipes, tant administratives que cliniques, et leur engagement profond envers l'utilisateur et ses proches ont permis de maintenir l'essentiel des services et de reprendre les objectifs organisationnels laissés partiellement en plan durant cette période.

Depuis les dernières visites, le CISSSS-CA a déployé les stratégies nécessaires pour donner suite aux recommandations d'Agrément Canada, et se retrouve dans un cycle d'amélioration. Il s'agit notamment du déploiement des stations visuelles de suivi des objectifs au niveau des équipes qui sont en cours, de la progression de l'implication et du développement des usagers partenaires qui se poursuivent et du suivi des diverses stratégies en prévention et contrôle des infections qui connaissent déjà un très haut niveau de conformité.

Pour ce qui est de la conformité des lieux en ce qui a trait au croisement du matériel propre et du matériel souillé, certains secteurs demeurent en attente de la réalisation des projets qui ont été priorisés. Plusieurs autres projets de construction et de rénovation ont été réalisés, sont en voie de réalisation ou sont planifiés au cours des prochains mois et des prochaines années.

Commentaire global sur l'évaluation des programmes-services et la norme Télésanté

Au cours des dernières années, le CISSS-CA s'est doté d'un cadre de référence en gestion intégrée de la performance et de la qualité qui s'appuie sur une démarche d'amélioration continue, avec le déploiement d'un système de gestion intégrée de la qualité et de sécurité des soins.

Les structures de coordination des dimensions reliées à la sécurité des soins, incluant les rapports périodiques sous forme de tableaux de bord, sont bien développées et se rapportent de façon continue au comité de vigilance et de la qualité.

Les visiteurs ont été en mesure de constater que les équipes sont centrées sur les soins et les services à l'utilisateur et qu'elles intègrent dans leurs pratiques une amélioration continue, une prestation sécuritaire pour l'utilisateur et une culture d'évaluation comme en témoignent les nombreuses évaluations et audits qui sont réalisés à la grandeur de l'établissement.

Commentaire spécifique à la norme Télésanté

La structure de télésanté du CISSS-CA se distingue par la nature de sa gouvernance sous la coordination de la direction des services multidisciplinaires, dans une approche transversale, collaborative et interprofessionnelle avec les directions cliniques et les directions de soutien de l'établissement.

L'établissement est encouragé à positionner transversalement la modalité de télésanté au sein de l'organisation par la consolidation d'une équipe dédiée au sein du CISSS-CA, en considérant l'apport important au cheminement des usagers, l'accès aux soins et aux services en temps opportun, la pertinence clinique et l'expérience usager.

Commentaire spécifique au programme-services Services généraux

Pour l'ensemble des services généraux, les trajectoires sont fluides et sans obstacle. Le cheminement des usagers est contrôlé de manière proactive par les gestionnaires; face à une problématique, des mesures correctives sont mises en place. La sécurité des soins et des services est au cœur des activités cliniques.

On observe un haut niveau de standardisation des outils cliniques et administratifs. Les approches sont de plus en plus harmonisées dans l'ensemble de secteurs.

La collaboration et l'interdisciplinarité sont remarquables. La gestion de proximité ainsi que le soutien des gestionnaires et de conseillers cliniques sont très présents. Dans le même sens, on observe des liens forts avec les partenaires et la communauté.

L'approche de soins centrés sur l'utilisateur poursuit son implantation dans les secteurs visités.

La conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) est très élevée dans les secteurs visités. La consolidation des acquis devient un enjeu majeur dans l'avenir.

Pour le volet santé, l'implantation du bilan comparatif des médicaments dans les GMFpublics n'a pas commencé bien que la gestion de médicaments soit sécuritaire. De plus, l'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains serait à revoir, de même que la transmission de l'information pertinente lors de transitions de soins et services.

Commentaire spécifique au programme-services Santé physique

La cohésion des équipes cliniques et leur engagement à offrir des services centrés sur l'utilisateur et sa famille sont des forces exprimées par les équipes rencontrées. Il faut souligner l'excellent travail de collaboration entre les équipes du CISSS et ses partenaires externes.

Les pratiques cliniques sont respectueuses des lignes directrices découlant des données probantes et des normes établies par les ordres professionnels, ainsi que du cadre normatif du MSSS. La collaboration interdisciplinaire est à souligner. La tenue de dossier est bien complétée pour chaque usager et disponible au moment opportun.

Il est recommandé à l'établissement de développer des indicateurs de mesure de la qualité et de la satisfaction de la clientèle avec l'implication des usagers et des intervenants.

Les programmes d'orientation et de formation sont multiples et comportent les sections sur les pratiques professionnelles, l'éthique, les formations obligatoires, la gestion des risques pour la clientèle et les éléments de santé et sécurité au travail.

L'établissement est invité à reprendre les activités d'appréciation de la contribution sur une base périodique. Également, il est recommandé de reprendre des réunions de service avec les employés comme un outil de mobilisation des équipes et d'échange d'information dans l'ensemble des services. De plus, il est suggéré à l'établissement de reprendre l'utilisation des stations visuelles pour publier le suivi des indicateurs cliniques et des indicateurs administratifs ainsi que les objectifs qualité-performance des services.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : 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"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.74 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.65 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.58 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.59 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.42 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.60 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.40
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.41

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.2.1 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.2.1 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.34 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.36 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et péricirurgicaux 9.1.104
<p>Prévention des plaies de pression Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.35 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.37 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.36

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 - Excellence des services	

Les principales directions cliniques concernées ont eu l'occasion de témoigner de leur engagement à déployer des offres de services illustrant l'excellence de soins et services offerts. Elles ont rapporté, entre autres, divers exemples de travaux permettant d'accroître l'accès aux services pour la population du territoire de Chaudière-Appalaches.

La cohésion des équipes cliniques et leur engagement à offrir des services centrés sur l'utilisateur et sa famille sont des forces exprimées par les équipes rencontrées. Il faut souligner l'excellent travail de collaboration entre les équipes du CISSS et ses partenaires externes.

Les pratiques cliniques sont respectueuses des lignes directrices découlant de données probantes et des normes établies par les ordres professionnels, ainsi que du cadre normatif du MSSS. La collaboration interdisciplinaire est à souligner. La tenue de dossier est bien complétée pour chaque usager et disponible au moment opportun.

Il est recommandé à l'établissement de développer des indicateurs de mesure de la qualité et de la satisfaction de la clientèle en collaboration avec des usagers et intervenants.

Les programmes d'orientation et de formation sont multiples et comportent les sections sur les pratiques professionnelles, l'éthique, les formations obligatoires, la gestion des risques pour la clientèle et les éléments de santé et sécurité au travail

L'établissement est invité à reprendre les activités d'appréciation de la contribution sur une base périodique.

Il est recommandé de reprendre des réunions de service avec les employés comme un outil de mobilisation des équipes et d'échange d'information. De plus, il est suggéré à l'établissement de reprendre l'utilisation des stations visuelles pour publier le suivi des indicateurs cliniques et des indicateurs administratifs ainsi que les objectifs qualité-performance des services.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services des urgences	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 2 - Services des urgences

Les services d'urgence visités, comme d'autres services, connaissent une pénurie de main-d'œuvre et un roulement de nouveau personnel accru découlant de la période de pandémie de COVID-19 des deux dernières années. La charge de travail et le recours aux heures supplémentaires s'en trouvent également augmenté significativement.

Néanmoins, des efforts importants ont été déployés afin d'assurer la mise à niveau des compétences des nouveaux membres du personnel, incluant l'implication des médecins du service des urgences.

Les usagers classifiés niveau P-4 P-5 au service des urgences ont connu une augmentation importante, conséquence de la diminution de l'offre en médecine familiale due au départ à la retraite de plusieurs médecins. Les délais d'attente et le temps de séjour sur civière demeurent des objectifs à atteindre malgré les nombreuses mesures déployées à divers niveaux.

Les politiques et les mesures de désencombrement du service des urgences sont en place, mais la diminution de lits hospitaliers en lien avec la pandémie et le nombre important d'usagers ne nécessitant plus de soins actifs rendent leur application très difficile.

Malgré tout, les services d'urgence sont très bien structurés et celui du site Thetford Mines a fait l'objet d'un important réaménagement et d'un agrandissement qui devrait se terminer en 2024. On y retrouve du personnel et des médecins dédiés qui ont à cœur le fonctionnement optimal du service et qui demeurent animés par un travail d'équipe efficace.

Diverses politiques et procédures encadrent le fonctionnement du service et les multiples activités d'amélioration continue y ont cours.

Le service des urgences du site Thetford Mines a été mis sous tension récemment à la suite de l’embardée de deux véhicules automobiles qui a entraîné l’arrivée de sept blessés en même temps. La situation a été bien coordonnée et l’assistance de personnel et de médecins en congé qui sont venus prêter main forte a permis de répondre à l’ensemble des besoins. Un bilan de l’évènement a permis de revoir et de s’approprier encore davantage les procédures en pareille situation.

L’évaluation du risque de suicide est effectuée dès le triage et le personnel du service des urgences a reçu récemment une formation spécifique sur l’évaluation du risque suicidaire. Une grille d’évaluation et de suivi du risque sera introduite incessamment.

L’équipe est bien sensibilisée à l’identification de donneurs potentiels d’organes et de tissus et contribue à compléter sa part de référencements.

Il existe un processus pour permettre d’identifier les divergences entre la lecture d’une radiographie au service des urgences et le rapport du radiologiste, auquel cas l’usager est rappelé.



L’information aux points de transition fait l’objet d’une politique et est soutenue par l’aide-mémoire désigné SPER.

Considérant le vieillissement de la clientèle du service des urgences, une infirmière de liaison en gériatrie est en place au site Thetford Mines, avec le soutien d’une auxiliaire familiale, ce qui permet souvent de réorienter un usager vers le service le plus optimal sans séjour prolongé au service des urgences ni hospitalisation.

La culture de déclaration des évènements indésirables est bien en place et la divulgation se fait régulièrement selon les situations.

Parmi les projets d’amélioration, l’équipe envisage notamment d’améliorer la transmission du plan d’intervention de l’urgence aux unités de soins, dans la foulée du projet qui a été complété avec les résidences pour personnes âgées. De plus, une révision du dossier patient au service des urgences est envisagée afin de mieux intégrer les divers formulaires et outils cliniques qui ne cessent d’augmenter.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	
3.1.23 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	
3.1.61 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 3.1.61.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	

Les unités d'hospitalisations visitées ont été celles de l'Hôpital de Saint-Georges, de l'Hôtel-Dieu de Lévis et de l'Hôpital de Thetford Mines.

Les débordements importants des clientèles au service des urgences entraînent une surcharge sur les unités de soins, faisant en sorte que les lits de médecine débordent régulièrement sur les lits de chirurgie. Cette situation oblige les chirurgiens à réduire les chirurgies d'utilisateurs qui doivent être hospitalisés, aux dépens de chirurgies d'un jour qui se déploient dans des types de chirurgies plus complexes, telles la prothèse du genou et la prothèse de la hanche. À cette situation s'ajoutent une clientèle âgée aux comorbidités multiples, et le nombre important d'utilisateurs en attente d'hébergement (NSA).

Plusieurs lits ont dû être fermés à Thetford Mines en raison de manque de personnel. Du côté de Lévis, c'est l'encombrement des corridors ainsi que le croisement du matériel propre et du matériel souillé de l'unité visitée qui ont retenu l'attention.

Les équipes travaillent en multidisciplinarité avec une gamme de professionnels incluant infirmières, médecin, pharmacien, travailleur social et nutritionniste. À l'Hôpital de Thetford Mines, un poste d'agent d'intervention a été créé afin d'occuper et de surveiller certains usagers à risques, notamment ceux en attente d'hébergement et avec troubles cognitifs ou autres.

Les consentements aux soins sont obtenus lorsque requis et le dossier de l'utilisateur est complet et reflète bien l'évolution de la condition clinique et l'intervention des divers professionnels de l'équipe multidisciplinaire. Des réunions d'équipe ont lieu quotidiennement et les médecins y participent périodiquement selon la condition de l'utilisateur.

La sécurité des soins fait partie intégrante de la prestation de soins et des audits sont réalisés pour en assurer l'efficacité tels les audits réalisés sur la double identification et le lavage des mains.

Le bilan comparatif est bien implanté sur les unités de soins, appuyé par la contribution d'un pharmacien.

Les outils de dépistage des personnes prédisposées aux chutes et aux plaies de pression ainsi que les critères pour la thromboprophylaxie chez les usagers à risque de thromboembolie veineuse sont systématiquement appliqués et font partie du dossier de l'utilisateur.

Le plan d'intervention de chaque usager est élaboré avec la contribution des professionnels impliqués et à titre d'exemple, on retrouve au site de l'Hôpital de Thetford Mines un tableau faisant état des objectifs déterminés par chaque professionnel et de leur suivi pour chaque usager.




La politique sur les contentions est appliquée et le matériel de contention a été renouvelé pour s'adapter aux meilleures pratiques.

Les événements indésirables sont déclarés et la divulgation effectuée. Plusieurs exemples ont été présentés et il existe une culture d'amélioration qui soutient la déclaration et l'application de mesures correctives.

À l'unité d'hospitalisation visitée sur le site de l'Hôpital Saint-Georges, les intervenants interrogés semblent ne pas avoir reçu de formation de base pour cerner, gérer et régler de façon proactive les questions éthiques. De plus, ils ont mentionné que le cadre éthique de l'établissement n'est pas connu.

Aux unités d'hospitalisation visitées sur les sites Saint-Georges et Lévis, les membres de l'équipe ont été sensibilisées à structurer davantage leurs mécanismes d'évaluation de la qualité et de l'utilité des informations transmises aux points de transition ou de transfert.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de soins critiques	
4.1.27 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	
4.1.74 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 4.1.74.5 Secondaire: L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
4.1.75 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.	
4.4.2 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'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 4 - Services de soins critiques	

L'unité des soins intensifs de l'Hôpital de Thetford Mines ainsi que l'unité coronarienne de l'Hôtel-Dieu de Lévis sont les deux secteurs visités au Centre intégré de Santé et de Services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA). Ces deux services desservent une clientèle adulte.

L'unité coronarienne de l'Hôtel-Dieu de Lévis a été récemment aménagée dans des locaux neufs, adaptés aux besoins actuels des usagers et de leurs familles. Pour les deux secteurs, les espaces sont spacieux, lumineux, désencombrés et bien fenestrés. Toutefois, l'aménagement de l'unité de soins intensifs (USI) de l'Hôpital de Thetford Mines a été réalisé en considération d'une clientèle qui était, antérieurement, peu ou pas mobile. Conséquemment, on retrouve une seule installation sanitaire pour 6 usagers. L'unité de soins est encouragée à revoir les fonctionnalités sanitaires qui correspondent moins bien à la réalité d'une clientèle mobile.

La vaste majorité des critères à priorité élevée est jugée conforme. Il en va de même pour les pratiques organisationnelles requises (POR). L'unité coronarienne gagnerait à évaluer si l'information communiquée aux points de transition satisfait les attentes des usagers et des partenaires. L'équipe pourrait impliquer un usager partenaire, qui saurait être utile pour effectuer cette évaluation et apporter, le cas échéant, des ajustements en matière d'amélioration de la qualité.

Selon les personnes interviewées, l'unité coronarienne compte de plus en plus son lot de situations éthiques et nécessairement complexes pour lesquelles le personnel gagnerait à échanger avec le comité ou un conseiller en éthique de l'établissement. Une telle démarche permettrait d'améliorer l'interdisciplinarité qui est, au demeurant, très saine et fonctionnelle.

L'unité coronarienne de l'Hôtel-Dieu de Lévis ne dispose pas d'espace réservé au matériel souillé pour assurer le nettoyage et la décontamination des instruments en vue de leur stérilisation à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM). Ces tâches s'effectuent dans l'unité de soins avoisinante. Cette configuration a pour conséquence que le personnel doit traverser l'unité coronarienne avec le matériel souillé ou contaminé. De plus, dans cet espace sans lavabos fonctionnels, cohabitent le matériel souillé et le matériel propre ainsi qu'un monte-charge servant au transport des plateaux alimentaires.

Les usagers et familles rencontrés attestent de la qualité des rapports interpersonnels, de leur inclusion dans la prise de décision les concernant et du respect de leurs valeurs et attentes. Les dossiers revus sont exemplaires.

Le personnel qui travaille dans ces deux secteurs est mobilisé, enthousiaste et investi. La collaboration interdisciplinaire est manifeste et les gestionnaires assurent les communications à tous niveaux.



La formation du personnel infirmier constitue une force indéniable. Le nouveau personnel bénéficie d'une formation théorique à laquelle s'ajoute un jumelage avec une infirmière experte. Le personnel qui en a bénéficié témoigne de la valeur et de la flexibilité de cette modalité d'intégration. La période de formation est encadrée par une évaluation au milieu et à la fin de la période d'essai. L'assistante au supérieur immédiat et la conseillère clinique épaulent les novices. À l'Hôpital de Thetford Mines, l'utilisation d'outils de formation conviviaux est digne de mention. Ces unités constituent des milieux de stages appréciés par des étudiants de toutes disciplines et des médecins résidents. Le personnel est soutenu dans la poursuite de leur formation académique par une adaptation des horaires de travail.



Le soutien au désengorgement des services des urgences est facilité, notamment à l'Hôtel-Dieu de Lévis, par une saine gestion des lits entre l'unité coronarienne et l'unité de médecine attenante. Dans le même ordre d'idée, le personnel, œuvrant à l'unité coronarienne de l'Hôtel-Dieu de Lévis, est aussi habilité à travailler à l'unité de médecine interne, ce qui facilite l'adaptation aux situations occasionnelles de précarité de personnel et le temps supplémentaire obligatoire est conséquemment rarissime.

Les services d'interprétariat régionaux de même que l'identification du personnel polyglotte permettent d'assurer la dispensation sécuritaire des soins pour les usagers ou proches aidants ne s'exprimant pas en français. À l'Hôpital de Thetford Mines, la révision des approches en matière de contention mérite une mention spécifique.

La gestion appuyée par des données de performance demeure sommaire, faute de données rendues disponibles, validées et structurées. Les gestionnaires ont déployé une certaine culture de la mesure, mais celle-ci offre encore un potentiel d'amélioration.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services de néonatalogie	
<p>5.1.34 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p> <p>5.1.34.1 Des précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.</p> <p>5.1.34.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.</p> <p>5.1.34.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>5.1.35 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.</p> <p>REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> <p>5.1.35.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.</p> <p>5.1.35.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur.</p>	

<p>5.1.35.3</p> <p>5.1.35.4</p> <p>5.1.35.5</p>	<p>Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en oeuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.</p> <p>Les membres de l'équipe, les usagers et les familles et les aidants reçoivent de la formation sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.</p> <p>L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>5.1.65</p> <p>5.1.65.5</p>	<p>L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>Secondaire: L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>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;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>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).</p>	
<p>5.1.66</p>	<p>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.</p>	
<p>5.2.1</p>	<p>La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	

- 5.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:
- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
 - mesurer l'utilisation d'un produit;
 - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
 - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 5.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 5.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 - Services de néonatalogie

Il y a beaucoup d'entraide au sein de l'équipe de néonatalogie. Les parents reconnaissent la qualité des soins reçus du personnel et des médecins. On leur explique les choses dans des termes qu'ils comprennent et on les implique dans les soins à dispenser à leur enfant. Ils se sentent à l'aise de poser des questions. De plus, lors du congé l'accès à d'autres services est facilité notamment par les services de périnatalité en centre local de services communautaires (CLSC).

Les services offerts sont sécuritaires et de qualité. Néanmoins, quelques pratiques organisationnelles requises (POR) et critères à priorité élevée mériteraient une attention particulière.



La direction des soins infirmiers (DSI) a procédé (ou procède actuellement) à l'adaptation de certaines formations à la clientèle néonatale. Conséquemment, l'équipe est encouragée à compléter la formation sur la prévention des chutes ainsi que celle sur la prévention des plaies de pression.

L'équipe est soucieuse de la sécurité de ses pratiques. Des audits généraux de la prévention et du contrôle des infections (PCI) sont réalisés ponctuellement par l'assistante infirmière-chef et les résultats sont partagés par la gestionnaire. En regard des améliorations pouvant être apportées, il est suggéré de réaliser des audits spécifiques sur les pratiques d'hygiène des mains. De plus, considérant que le personnel complète ses notes dans un endroit accessible à tous les parents, l'équipe est invitée à porter une attention particulière au respect de la confidentialité concernant les informations personnelles.

La fusion administrative des secteurs mères-enfants et la structure d'autoreplacement permettent de répondre aux besoins de main-d'œuvre en temps opportun et d'assurer une mobilité du personnel lors de variations du taux d'occupation. Le personnel semble en général adhérer à cette organisation de services. De la formation et du soutien clinique sont offerts afin d'habiliter le personnel à une pratique diversifiée. Le soutien clinique et le soutien de l'équipe de gestion sont bien présents.

Une structure de cogestion médico-administrative est présente tant sur le plan local que sur le plan régional. Des actions proactives sont en place pour faire face à d'éventuels débordements. Un plan de surcapacité a été élaboré.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Services de pédiatrie	
<p>6.1.36 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p> <p>6.1.36.2 Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.</p>	
<p>6.1.37 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.</p> <p>REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> <p>6.1.37.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.</p> <p>6.1.37.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur.</p> <p>6.1.37.3 Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en oeuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.</p> <p>6.1.37.4 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles et les aidants reçoivent de la formation sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.</p> <p>6.1.37.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	



6.1.58 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

6.1.58.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :

- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des 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 incidents liés à la sécurité des usagers).

6.1.59 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.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 6 - Services de pédiatrie

Les équipes obtiennent un bon niveau de conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) et aux critères à priorité élevée. Elles offrent des services de qualité et sécuritaires. Malgré cela, il serait pertinent de s'assurer que la formation sur la prévention des plaies, des chutes et celle sur la contention sont actualisées dans les deux milieux. Aussi, bien qu'un outil de référence sur les pratiques attendues en matière de transfert d'informations soit utilisé par le personnel, il est suggéré que soit évaluée la qualité de la communication, seul critère non conforme concernant la transmission d'informations aux points de transition.

La collégialité et le travail d'équipe entre le personnel et les médecins sont particulièrement remarquables dans l'un des milieux. Il en est de même pour la mobilité du personnel dans les trois missions (néonatalité, unité mère-enfant et pédiatrie). Bien que cela pose tout le défi du développement et du maintien d'expertises variées, cette organisation de service permet de faire face aux enjeux de main-d'œuvre et aux périodes de fort achalandage dans l'une ou l'autre des missions. Par ailleurs, le rôle des infirmières auxiliaires, là où elles sont présentes, pourrait possiblement être optimisé.

L'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services est une préoccupation bien présente en pédiatrie. À cet égard, l'apport des leaders cliniques dans les équipes est digne de mention. La régionalisation des certaines actions telles que la mise en place de simulations ou d'études de cas

permettrait d'assurer une harmonisation du développement et du maintien des compétences, peu importe le site au bénéfice des usagers.

Une équipe est aussi invitée à revoir la pertinence de maintenir l'utilisation d'un formulaire détruit au moment du congé, alors qu'un formulaire standardisé, complété en parallèle, et demeurant au dossier, pourrait possiblement permettre la cueillette d'informations visées existant déjà dans Clinibase. Par ailleurs, les formulaires utilisés et la tenue de dossier pourraient gagner à être harmonisés pour tous les milieux.

L'accès en temps opportun aux services de réadaptation adaptés à la clientèle pédiatrique peut parfois poser certains défis. La poursuite des échanges amorcés entre la Direction jeunesse et la Direction des programmes en déficience, autisme et réadaptation (DPDAR) est donc encouragée.

Les usagers rencontrés sont très satisfaits des services reçus. Ils se sentent impliqués dans les soins qui leur sont dispensés et respectés par le personnel infirmier ainsi que par les médecins. Ils mentionnent aussi la fluidité entre les services de l'urgence et de la pédiatrie ainsi que l'accès aux services post-hospitalisation.

Il a été observé que, lors d'un congé, les prescripteurs utilisent peu le formulaire du bilan comparatif des médicaments (BCM). De plus, sur le plan médical, le transfert des usagers vers les services aux adultes demeure un défi dans les situations où l'utilisateur n'a pas de médecin de famille. Cependant, pour les enfants ayant des profils cliniques complexes, des moyens concrets sont mis en place pour éviter la réadmission notamment au moyen de rappels téléphoniques et d'accès facilité à la consultation dans les services ambulatoires de pédiatrie.

Les lieux sont propres et sécuritaires bien que l'espace soit parfois un peu restreint dans les chambres ou l'espace réservé aux externes et aux résidents sur l'un des sites.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Services d'oncologie	
7.1.80 Les souhaits de l'utilisateur quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.	
7.1.128 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
7.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	

Commentaires des visiteurs**Chapitre 7 - Services d'oncologie**



La visite s'est déroulée au Centre régional intégré en cancérologie (CRIC) de l'Hôtel-Dieu de Lévis ainsi qu'à la clinique d'oncologie de l'Hôpital de Thetford Mines. Pour les deux emplacements, l'offre de service comprend les thérapies systémiques tandis que la radiothérapie et la curiethérapie ainsi qu'un accès spécifique d'imagerie pour fin de suivi du traitement sont offerts au CRIC. L'offre est structurée de manière à ce que la première évaluation soit effectuée au CRIC. Par la suite, les réévaluations et traitements médicaux sont offerts en service de proximité. L'interdisciplinarité est une grande force, le choix de l'établissement d'associer la cancérologie à la direction des services multidisciplinaires en témoigne. La présence de pharmacie satellite avec pharmacien et salle de préparation sous hotte à flux laminaire est un atout important et permet la limitation du transport et de la manipulation des substances cytotoxiques. L'ensemble des pratiques organisationnelles requises (POR) sont conformes.

Le CRIC a été inauguré en 2019 avec l'ajout de la radiothérapie à son offre. Les locaux sont vastes et très lumineux, et ce, même au sous-sol. Les usagers ont même accès à un jardin qui peut aussi être une aire d'attente, un souci architectural qui mérite d'être souligné. Les visiteurs ont rencontré des équipes très avenantes et plus que dévouées à la clientèle et à leurs proches. Les points forts sont nombreux au sein de ce processus. Il importe de souligner que le CRIC est sans papier grâce à l'utilisation du logiciel Mosaïq. Il s'agit d'un outil de documentation clinique, de collaboration interprofessionnelle et de traitement qui offre un filtre supplémentaire en matière de sécurité des soins. Un autre point fort réside dans la capacité et l'agilité des équipes tant médicale que professionnelle à se réorganiser face aux défis de main-d'œuvre, et ce, au profit du maintien de l'accès aux services. L'équipe a identifié des éléments d'amélioration, dont la consolidation des compétences des technologues en radio-oncologie.

Pour l'Hôpital de Thetford Mines, la clinique d'oncologie est bien organisée, reposant sur une équipe attentive aux besoins des usagers et rigoureuse dans l'application des traitements. Il existe de très bons liens avec le CRIC et les médecins consultants en hématologie-oncologie. Les aménagements sont fonctionnels et les usagers rencontrés n'ont que des éloges au sujet de l'humanisme de l'équipe ainsi que des informations et du soutien qu'ils obtiennent, incluant de l'infirmière de liaison.

Bien que l'interdisciplinarité soit bien présente dans la trajectoire en cancérologie, la formalisation du plan d'intervention interdisciplinaire reste à poursuivre. Le retour à la normalité post-pandémie est bien amorcé. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts visant à intégrer le partenariat avec l'utilisateur et ses proches dans la dispensation, la conception et l'évaluation des soins et services. En conclusion, l'établissement peut être très fier de son programme en cancérologie et le succès réside en grande partie dans l'engagement de ses équipes.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	
8.1.12 Les usagers et leur famille ont l'occasion de se familiariser à l'avance avec les lieux physiques.	
<p>8.1.36 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.</p> <p>REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> <p>8.1.36.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	
<p>8.1.59 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>8.1.59.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>8.1.59.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p>	
8.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
8.3.10 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie

La visite s'est déroulée à la clinique de soins palliatifs et de soins de fin de vie (SPSFV) du Centre régional intégré en cancérologie (CRIC) ainsi qu'à l'unité d'hospitalisation en SPSFV de l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL).

La clinique de SPSFV bénéficie d'être intégré au nouvel environnement physique du CRIC. Des locaux et des équipements tout neufs. L'offre de service déployé il y a un an a permis de desservir 600 usagers. Le mandat est d'offrir une prise en charge des usagers en cours de traitement au CRIC présentant des douleurs et symptômes réfractaires associés au cancer. Pour le moment, bien que l'offre de service ne soit pas diffusée aux partenaires externes au CRIC, lorsqu'une demande se présente, l'équipe l'évalue et une prise en charge peut être offerte. Cette offre est assurée par la présence d'une infirmière clinicienne 5 jours par semaine et la présence d'un médecin et d'un pharmacien à temps partagé. La couverture médicale est assurée par 4 médecins qui ont développé une expertise spécifique en SPSFV. Certains assurent aussi la couverture médicale de l'unité de SPSFV de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Le tandem composé par l'infirmière clinicienne et le médecin est remarquable; le travail en cellule permet une efficacité au bénéfice de l'utilisateur. L'équipe est invitée à poursuivre la consolidation de cette offre en complémentarité de la prise en charge par les infirmières pivots en oncologie.


L'unité de SPSFV de l'Hôtel-Dieu de Lévis est une unité fermée de 12 lits répartis en chambre individuelle et double. Bien qu'elle soit située dans la partie la plus vieille de l'établissement, l'espace est aménagé de manière chaleureuse et favorisant la présence des proches. La couverture médicale est assurée par sept médecins se spécialisant en SPSFV. La coordination des services est assurée par une infirmière clinicienne spécialisée en soins palliatifs. Son expertise et son leadership sont reconnus à l'interne aussi bien qu'auprès des partenaires. Un pharmacien, une travailleuse sociale et trois intervenants spirituels dédiés sont aussi présents au sein de l'unité. L'accès aux autres professionnels est offert sur demande.

La collaboration interprofessionnelle mérite d'être soulignée. Comme l'espace est restreint, tous se partagent un local commun où se dégage un esprit d'équipe qui donne le goût d'intégrer cette équipe. L'équipe de soins est composée d'infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires et bénévoles de l'organisme l'Albatros. Les usagers et proches rencontrés n'ont que de bons mots pour l'équipe et les soins offerts.

Seulement deux pratiques organisationnelles requises (POR) présentent des éléments de non-conformité qui sont toutefois déjà en cours d'amélioration. Il s'agit de la POR sur la prévention du risque de développer une plaie de pression. Des actions sont mises en place et l'établissement est invité à évaluer l'efficacité de celles-ci. Dans le cadre de la POR sur le transfert d'information aux points de transition, l'équipe a recours à plusieurs méthodes de transmission, dont plusieurs communications verbales. L'établissement est encouragé à poursuivre la standardisation des outils permettant le transfert de l'information.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches peut compter sur des équipes interdisciplinaires engagées et, comme il leur clientèle. a été mentionné par une intervenante rencontrée lors de la visite, elles sont passionnées et dévouées à leur clientèle.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	
9.1.5 La circulation et la qualité de l'air dans le secteur où les interventions chirurgicales et invasives sont réalisées sont surveillées et maintenues, et ce, conformément aux normes applicables pour le type d'interventions pratiquées.	!
9.1.7 La salle d'opération ou d'intervention est dotée d'une zone d'entreposage d'accès limité pour le matériel stérile.	!
9.1.8 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.	!
9.1.12 Les articles contaminés sont transportés vers l'unité de retraitement dans un contenant approprié.	!
9.1.13 Les articles contaminés sont transportés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées.	!
9.1.104 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées. <ul style="list-style-type: none"> 9.1.104.1 Des précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes. 9.1.104.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin. 	
9.2.11 Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!
9.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Les services interventionnels et périchirurgicaux ont été visités à l'Hôpital de Montmagny. À l'Hôpital de Lévis (HDL), les services d'endoscopie et les services du bloc opératoire, incluant la chirurgie d'un jour (CDJ) et la salle de réveil, ont été visités.


Il importe de souligner le projet de développement clinique et immobilier à HDL. Celui-ci permettra d'augmenter l'accès aux services grâce, entre autres, à un plus grand nombre de salles opératoires. D'ici là, l'accès est amélioré par le recours à l'externalisation de certaines chirurgies, telles les cataractes.

La direction a été sensible à l'intérêt exprimé par les employés à l'effet de réaliser la défusion des services afin de favoriser l'attraction et la rétention du personnel.

La direction est invitée à développer les systèmes d'informations cliniques pertinents et intégrés.

D'importants travaux sont menés afin d'accroître la production chirurgicale par différentes stratégies porteuses. Bien sûr, l'enjeu d'avoir du personnel formé en quantité suffisante demeure, mais des stratégies d'attraction et de rétention sont déployées afin d'assurer l'occupation optimale de toutes les salles d'opération des différents hôpitaux.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	
10.1.15 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
10.1.18 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
10.1.42 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 10.1.42.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
10.1.43 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.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	

Les services visités correspondent au service de physiothérapie et service métabolique de l'Hôpital Saint-Georges, au service d'audiologie de l'Hôpital de Thetford Mines, à l'unité de dialyse de l'Hôpital et Centre de réadaptation en déficience physique de Montmagny ainsi qu'à l'unité de médecine de jour pour les suivis ambulatoires de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Les services d'audiologie sont intégrés sur les quatre sites du CISSS et l'on y observe une harmonisation des pratiques. Cette harmonisation est d'ailleurs soulignée par diverses équipes comme une avancée positive. Ces mêmes services comptent du personnel flexible, disponible et qui se soutient entre chaque

site lors de périodes de fragilité en matière de ressources humaines. En déployant des efforts soutenus, les équipes ont réussi à réduire significativement les listes d'attente. Cette flexibilité est tout aussi remarquée au service de physiothérapie de l'Hôpital Saint-Georges où conséquemment la liste d'attente a pu être réduite. Un suivi rigoureux des usagers diabétiques avec insuffisance rénale a été observé. Les usagers témoignent d'ailleurs de leur satisfaction.

La réponse aux demandes urgentes en audiologie, en dehors des jours ouvrables, constitue un défi faisant l'objet d'efforts. Finalement, les équipes continuent de travailler à l'optimisation du suivi des examens effectués par les otorhinolaryngologistes à la demande des médecins de famille.

Les locaux de l'unité de médecine de jour pour les suivis ambulatoires (Hôtel-Dieu de Lévis) sont récents, dégagés, bien adaptés à la nature des soins qui y sont prodigués. Les équipements sont à la fine pointe. La configuration des aires de surveillance est optimale pour l'évaluation continue des usagers en phase de recouvrement post-interventionnel. La clinique métabolique de l'hôpital Saint-Georges offre cependant clairement moins d'espace pour les sept internistes qui se partagent six bureaux.

Les trois dossiers révisés témoignent d'un effort manifeste quant aux informations transmises aux points de transition : des lettres types et des formulaires sont utilisés afin de standardiser les informations transmises. La majorité des dossiers ne comptait pas de consentement aux soins dûment signé, et ce, dans un contexte où un consentement explicite était tout indiqué. Le personnel reconnaît que cette situation est monnaie courante. Le service est encouragé à se doter d'un processus d'audit des dossiers en ce sens.

Le personnel rencontré se sent bien encadré tant au point de vue des soins cliniques que par rapport aux communications avec leur gestionnaire. Le personnel récemment intégré à l'unité a reconnu la qualité de leur formation en début d'emploi, le jumelage avec une préceptrice et la grande disponibilité de l'infirmière assistante du supérieur immédiat (ASI). Il a été possible de constater le dynamisme de l'équipe et le climat d'entraide entre les membres. La fréquence des évaluations de la contribution dans certaines unités, dont la clinique de physiothérapie, requérait un effort supplémentaire afin de se conformer à la politique de l'établissement.

À l'unité de médecine de jour, les usagers rencontrés ont témoigné leur vive appréciation concernant l'empathie du personnel soignant, la qualité des informations reçues sur leur état de santé, la clarté des informations reçues quant aux activités d'autosurveillance au retour à domicile ou simplement l'efficacité et la sécurisation perçues des activités de surveillance dont ils ont fait l'objet durant leur séjour. Dans les services de physiothérapie et service métabolique de l'Hôpital Saint-Georges, les usagers rencontrés témoignent eux aussi de la qualité des services reçus.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	
11.1.21 Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les usagers qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres usagers.	!
11.1.38 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement de l'usager pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
11.1.107 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
11.1.108 L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des incidents liés à la sécurité des usagers.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	

En complément des secteurs d'imagerie médicale et de médecine nucléaire, une visite des activités cliniques réalisées en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale a été effectuée. L'emplacement Hôtel-Dieu de Lévis ne figurant pas à l'horaire, les examens interventionnels de l'angiographie n'ont donc pu être considérés dans l'attribution des cotes, rendant ainsi certains critères non applicables. Toutefois, une rencontre avec l'équipe du service de tomographie par émission de positrons (TEP) a pu être réalisée dans le temps imparti.

L'établissement se distingue par la mobilisation et la cohésion de l'ensemble des équipes rencontrées au cours de la visite. La révision et la consolidation apportée à la structure administrative et clinique en imagerie médicale sont gage de succès quant aux objectifs d'amélioration continue, d'harmonisation, d'intégration et de pérennisation de l'ensemble des processus.

Lors de la visite au Centre intégrée en cancérologie en radio-oncologie (CRIC), les secteurs d'activités de la tomographie par émission de positrons et de la résonance magnétique ont été évalués. La mise en place de corridors de services, élaborés en collaboration avec l'Hôtel-Dieu de Lévis, contribue grandement à l'amélioration de l'offre de service. La fluidité de la trajectoire de prise en charge, l'accompagnement, le soutien et

l'approche multidisciplinaire du continuum de soins et services est exemplaire. L'implication de l'utilisateur et de ses proches au plan de traitement mérite également d'être soulignée.

L'aménagement du secteur de la tomographie par émission de positrons (TEP) permet une séparation entre chaque type d'activité selon une trajectoire de services optimisée. Les aires d'attente sont vastes et favorisent la distinction entre les usagers ayant reçu une injection de substance radioactive des autres usagers. Une salle de toilette est d'ailleurs réservée pour cette clientèle. Les lieux physiques sont propres et spacieux. Le désencombrement du corridor adjacent favoriserait une meilleure circulation de la clientèle hospitalisée et plus sécuritaire.

Il faut noter la préoccupation constante de l'établissement d'offrir des services diversifiés de qualité et sécuritaires et aussi son intérêt à faire évoluer la gamme d'examen offerts en fonction de la demande. Les ententes, les trajectoires, les corridors de service et l'intégration de la pratique autonome, en plus de valoriser la pratique professionnelle, favorisent l'accès aux plateaux techniques dans les délais requis ainsi que la prise en charge des interventions sous sédation et de la médication.

Les salles d'examen, les aires de préparation et de services des usagers sont bien identifiées, accessibles et sécuritaires. Les zones de circulation sont bien délimitées. La zone réservée aux services aux usagers comprend un endroit aménagé qui permet d'effectuer le triage des usagers avant qu'ils subissent leurs examens diagnostiques et qui assure la confidentialité et oblige à la discrétion. Des affiches de mise en garde identifient les zones d'accès limité. Des zones de récupération permettant de s'assurer que les usagers qui ont reçu des sédatifs analgésiques sont cliniquement stables avant d'être autorisés à quitter les lieux.

En médecine nucléaire, l'établissement est encouragé à prévoir des salles d'attente distinctes pour séparer les usagers qui ont reçu une injection de substances radioactives des autres usagers.

Grâce à l'acquisition d'un appareil dédié, le retraitement des sondes endocavitaires est effectué dans un local approprié, dédié et ventilé, et ce, dans le respect des normes et données probantes actuellement en vigueur et décrites par l'INSPQ. En complément du matériel existant, les équipes manifestent un intérêt marqué en faveur de l'acquisition d'armoires de rangement ventilées pour les sondes afin de mieux gérer les risques associés à l'entreposage. Une demande serait en attente de traitement à cet effet. Les procédures de retraitement ont été élaborées en collaboration avec les équipes de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) et de la prévention et contrôle des infections (PCI). Une procédure de traçabilité est en place. L'harmonisation de cette pratique est encouragée.

L'établissement est encouragé à analyser et à interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des incidents liés à la sécurité des usagers. Il est invité à déterminer des indicateurs de mesure qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.

Conformément aux règlements applicables, les équipes étiquettent et conservent tous les produits chimiques et toutes les solutions. Une formation a été réalisée et une politique a été élaborée et intégrée à la pratique courante. L'établissement doit s'assurer que tous les produits chimiques et solutions inutilisés sont retirés de la circulation.

Des manuels expliquant les processus de positionnement sont disponibles. Un mécanisme de validation systématique préalablement à la mise en place de nouveaux protocoles a été mis en place. Toutefois, ceux-ci doivent être signés et datés par le directeur médical.

Au moment de la visite, la majorité des membres de l'équipe ont utilisé deux identificateurs uniques à la personne avant la prestation de services, ont appliqué le protocole d'hygiène des mains et les mesures de radioprotection des usagers. Dans un objectif d'amélioration continue, l'établissement est encouragé à poursuivre les vérifications de conformité et à partager les résultats avec les équipes. L'établissement a également fait l'acquisition d'outils facilitant le déplacement sécuritaire d'usagers et favorisant la réalisation d'un examen de qualité optimale.

En complément des exercices de sécurité réalisés par l'établissement, les services d'imagerie médicale sont encouragés à se préparer aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)

Le programme des dons d'organes et de tissus chez les donneurs décédés a connu un ralentissement important durant la période de pandémie 2020-2022. Néanmoins, il s'agit d'une priorité stratégique pour le CISSS-CA et, sous l'impulsion de la direction et des principaux responsables, un plan d'action important et un plan de communication plus intense ont été élaborés et sont déjà en voie de réalisation.

La coordonnatrice médicale a été officiellement nommée et un coordonnateur des dons de tissus a été embauché afin de prendre en charge tous les donneurs potentiels de la région. Un poste d'infirmière de liaison, par entente avec Québec Transplant, devrait être autorisé et mis en place sous peu.

Le comité des dons d'organes et de tissus a été réactivé et peut profiter de la présence d'une usagère partenaire qui vient enrichir diverses dimensions du cheminement pour obtenir le consentement aux dons d'organes et de tissus.

Un tableau de bord sur l'évolution des résultats obtenus aux principales étapes du processus (ex., nombre de décès, nombre d'usagers approchés, nombre de consentements obtenus, nombre de donneurs effectifs, etc.) permet de suivre la progression du plan d'action.

Les politiques sur la première évaluation d'un décès neurologique et sur l'évaluation d'un décès circulatoire ont été complétées et sont à l'étape d'autorisation finale.

Une procédure d'opération normalisée (PON) devrait être complétée sous peu sur l'octroi de privilèges pour les médecins préleveurs d'organes provenant de l'extérieur du CISSS-CA. Celle-ci sera même intégrée à la valise de garde administrative utilisée en dehors des heures ouvrables habituelles. La quasi-totalité des PON est déjà existante et disponible sur le site web de Québec Transplant ou d'Héma Québec pour les tissus. L'équipe est invitée à s'assurer que tous les intervenants concernés à un moment ou un autre dans la trajectoire d'identification et de maintien du donneur potentiel sont facilement accessibles en tout temps. L'équipe est également incitée à s'assurer de les réviser annuellement et à apporter les correctifs s'il y a lieu, sous l'initiative du coordonnateur médical.

L'équipe bénéficie de toutes les collaborations nécessaires tout au long du processus, que ce soit au niveau des laboratoires, de l'anatomopathologie ou du bloc opératoire.

L'équipe est félicitée pour sa proactivité et son engagement ainsi que pour le développement de ses approches en regard de nouveaux donneurs potentiels en lien avec les demandes d'aide médicale à mourir et les déclarations de décès à distance qui connaissent un accroissement continu.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile

L'équipe rencontrée offre des soins spécialisés aux domiciles d'usagers des services d'inhalothérapie. Les clientèles desservies peuvent présenter des besoins de soins complexes de moyenne à longue durée.

Lors de la participation du visiteur à l'une des visites au programme de la professionnelle en inhalothérapie, il a constaté une approche exemplaire quant à l'évaluation clinique, l'évaluation du matériel et des équipements de soins permettant le maintien de l'usagère à son domicile. Les observations durant cette visite ont également pu démontrer la place de la personne proche aidante et le soutien qui lui a été offert.

Les membres de l'équipe rencontrée témoignent d'un souci partagé à résoudre les enjeux éthiques. Il y a également une réelle volonté de travailler en équipe multidisciplinaire afin d'harmoniser les outils cliniques.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur

Dans le cadre de l'évaluation du processus sur le cheminement de l'utilisateur, la visite s'est déroulée à l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) et à l'Hôpital de Saint-Georges. Les visiteurs ont rencontré de nombreux intervenants tant au niveau tactique, qu'au niveau opérationnel qui interviennent dans le parcours de la clientèle afin d'en assurer la fluidité. Ce sont des intervenants très engagés et proactifs qui connaissent très bien leurs rôles.

Dans une perspective d'amélioration continue, l'établissement s'est doté d'une politique d'optimisation du parcours de soins et services en milieu hospitalier. Cette politique illustre les bonnes pratiques usuelles en vue d'offrir des soins et services toujours plus efficaces, sécuritaires et de qualité pour leurs usagers. De plus, afin de répondre aux situations d'exceptions, un plan de désencombrement de la mission hospitalière a été ajouté. Ce plan prévoit une gradation d'actions, selon le niveau d'alerte de 1 à 4. Le plan s'avère bien intégré dans les opérations, mais le recours aux services des urgences à titre de plateaux techniques ou dans les trajectoires de soins demeure un enjeu. De plus, le fort achalandage aux services des urgences, le taux élevé de clientèle nécessitant un niveau de soins alternatif (NSA) et l'enjeu de main-d'œuvre amènent une congestion qui persiste. La mise en place récente d'une cohorte d'usagers NSA à l'HDL, l'intégration d'un physiothérapeute et d'un technicien en réadaptation ainsi qu'une infirmière spécialisée en gériatrie au service des urgences sont de récentes mesures qui témoignent de la réactivité de l'établissement face à la situation. Les rencontres quotidiennes permettent une cascade-escalade de données relatives aux enjeux de fluidité afin de déclencher les actions requises, et ce, dans l'ensemble du CISSS-CA.

L'établissement est invité à poursuivre ses efforts afin d'augmenter la prise en charge en amont tant à court terme qu'à moyen terme grâce à l'initiative de projet tel que l'Aventure médecine. Il est aussi encouragé à consolider les mesures en place.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.2.3 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.7 Les exigences et les lacunes liées à la technologie et aux systèmes d'information sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.7.7 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 - Excellence des services	

Le personnel d'encadrement clinique des services généraux témoigne d'un engagement et d'une collaboration exemplaire. La gestion de proximité ainsi que le soutien des gestionnaires et de conseillers cliniques ont été mentionnés à plusieurs reprises par le personnel. Dans la majorité des secteurs visités, le climat de travail est sain et une culture d'amélioration en constante évolution est observée. Le programme-service répond largement aux besoins de la communauté.

La collaboration et le partenariat avec les organismes communautaires sont riches et multiples. Les partenariats sont riches et témoignent d'une grande collaboration et des canaux de communication vaste et fluide avec l'établissement.

Le développement de compétences et la collaboration interprofessionnelle sont privilégiés par l'établissement. Le personnel a accès à un vaste programme de formation, ce qui parfois rend difficile la priorisation des formations les plus pertinentes selon la clientèle desservie, notamment aux services courants. Par exemple, la formation sur l'éthique dans plusieurs services n'a pas été suivie par le personnel qui très souvent pourrait être confronté à des questionnements d'ordre éthiques de la part des usagers.

L'établissement est invité à orienter son personnel vers des formations pertinentes afin de mieux l'outiller dans ses activités cliniques quotidiennes. Cependant, dans le secteur psychosocial, les équipes sont bien outillées pour gérer les enjeux éthiques avec les usagers.

L'accès aux meilleures pratiques cliniques ainsi qu'aux conseillers cliniques est une plus-value de l'établissement garantissant ainsi la qualité de soins et services donnés à la population.

En ce qui concerne l'implication et les soins centrés sur l'utilisateur, l'établissement a renouvelé son engagement envers cette approche depuis la dernière visite d'agrément.

Dans tous les secteurs visités, l'implication des usagers se fait à tous les niveaux. Il reste du chemin à faire pour intégrer l'utilisateur dans d'autres sphères comme les projets de rénovation, la planification et la conception des services, etc.

Quelques initiatives prometteuses sont en cours afin de favoriser la participation des usagers partenaires aux initiatives ou projets d'amélioration des services dont l'initiative « Un p'tit café avant de partir ? » avec le directeur afin de capter l'expérience de soins et services de l'utilisateur et la participation d'un usager partenaire dans le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Le recrutement des usagers partenaires se poursuit, ce qui est une belle initiative après avoir ralenti à cause de la pandémie. L'établissement est encouragé à poursuivre le développement et la consolidation du partenariat de soins et services.

Le cheminement de la clientèle est sans obstacle ; dans la grande majorité des services, dans le secteur psychosocial comme dans le secteur santé, l'accès est sans délai. Une grande collaboration entre les services permet de partager les ressources avec les secteurs en souffrance. La fluidité du parcours des usagers est alors optimale.

Le transfert de l'information aux points de transitions est excellent sauf pour les secteurs de soins courants et les GMF publics. C'est au niveau de l'évaluation de l'efficacité de la pratique organisationnelle requise (POR) que les équipes doivent travailler.

Les services de première ligne sont encouragés à augmenter les plages horaires, ce qui pourrait aider à éviter des hospitalisations et même à éviter des consultations non pertinentes aux services des urgences. Plus de plages disponibles pour les usagers qui n'ont pas besoin des plateaux techniques des hôpitaux sont souhaitables.

Les programmes-services sont très présents dans la communauté pour renforcer la prévention de la violence conjugale, la prévention du suicide, l'amélioration du continuum de services auprès des personnes itinérantes entre autres. Ceci est possible grâce à la collaboration des partenaires de la communauté.

Les activités de gestion de risques sont bien présentes, les déclarations des événements indésirables sont réalisées dans un contexte de culture juste dans les secteurs visités. En revanche, les gestionnaires sont encouragés à partager les statistiques et les actions mises en place pour éviter que ces événements se reproduisent.

En ce qui a trait au plan de mesures d'urgence, la connaissance de son existence est à géométrie variable. Les pratiques des codes d'urgences sont aussi variables; dans certaines installations, le personnel ne semble pas au courant de l'existence des plans de mesures d'urgence et les exercices de simulation remontent avant la pandémie. Cependant, dans d'autres services, les exercices de table sont réalisés comme c'est le cas du secteur psychosocial. L'établissement est encouragé à diffuser activement ces plans et à s'assurer que les pratiques de simulation sont reprises dans un bref délai.

L'établissement est encouragé à maintenir cet engagement collectif envers la qualité de soins et de services.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)

Il importe de souligner que toutes les pratiques organisationnelles requises (POR) et les critères à priorité élevée sont conformes dans les quatre points de service visités. Ce service de proximité dit d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) local permet de recevoir rapidement, lorsque la situation le justifie, les usagers se présentant en personne et de donner suite aux demandes de service plus urgentes reçues essentiellement par le biais du 811.

L'approche est centrée sur la réponse aux besoins immédiats de l'utilisateur du point de vue de l'utilisateur. Le personnel doit connaître les services disponibles dans le CISSS et dans la communauté. Il lui faut posséder des compétences variées et faire preuve d'une grande capacité d'adaptation, étant appelé à intervenir en situation de crise. L'établissement s'assure qu'il est adéquatement orienté et formé. Il importe de souligner le soutien offert en tout temps au personnel par les coordonnateurs cliniques et les gestionnaires. Toutefois, certains intervenants peuvent ne pas se sentir bien outillés notamment pour évaluer la dangerosité. La Direction santé mentale et dépendances (DPSMD) est invitée à porter une attention particulière aux besoins de formation continue.

Des outils de référence ou de cueillette d'informations standardisés sont utilisés lorsque l'intervenant à l'accueil oriente l'utilisateur vers le guichet d'un programme ou lorsqu'il entreprend un suivi à court terme. Dans ce dernier cas, le plan d'intervention est alors aussi utilisé. Il est suggéré de formaliser aussi la cueillette d'information initiale qui est actuellement consignée sur le formulaire de note évolutive.

Plusieurs processus sont formalisés. C'est le cas notamment lorsque certaines décisions ayant des impacts plus contraignants sur l'utilisateur doivent être prises telles que le déclenchement de la loi sur la protection des personnes ou celui du protocole RÉMI dans les cas de risque suicidaire.

Comme il y a très peu d'intervenants occupant cette fonction dans chacune des équipes, la contribution d'autres membres est nécessaire lors de congés de l'intervenant à l'accueil ou de sortie sur le terrain. Le maintien, en tout temps, de cette offre de service et de l'expertise demeure un enjeu dans certaines

maintien, en tout temps, de cette offre de service et de l'expertise demeure un enjeu dans certaines équipes faisant face à des enjeux de recrutement.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Service Info-Social	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 3 - Service Info-Social

Le visiteur a été accueilli dans une centrale téléphonique d'Info-Social tout à fait adaptée aux bonnes pratiques. Il y a rencontré une équipe de jeunes, impliquée, ouverte et très dynamique. Le leadership de la gestion fut à de nombreuses reprises nommé et constaté. Le niveau de formation des intervenants est de très grande qualité tout comme l'accompagnement clinique dont ils disposent. La tenue de dossier est exemplaire tout comme les interventions observées.

Dans sa poursuite de l'excellence, l'établissement est invité à évaluer les motifs de départ afin de stabiliser les ressources humaines, car il y a là un enjeu. La vulgarisation et la démocratisation de l'éthique tout comme l'évaluation de la satisfaction des utilisateurs sont deux pistes de développement que le visiteur propose à l'établissement.

En terminant, il serait aussi des plus pertinent de poursuivre le développement des connaissances des intervenants par de la formation sur la diversité de genre.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	
4.1.28 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	

Les services de consultation sociale et psychologique sont dispensés par des petites équipes par territoire pour assurer une proximité et une continuité de service. Ces intervenants font partie du continuum de services psychosociaux, santé mentale et dépendance. On retrouve donc des intervenants qui doivent être polyvalents et habiles à naviguer dans une gamme élargie de services. Autant que possible, la préférence des intervenants est respectée dans le choix de pratique. Toutefois, il faut considérer qu'il s'agit d'une gamme importante de champs de pratique et le maintien des compétences peut devenir un enjeu.

Un guide de pratiques clinico-administratives est sur le point d'être diffusé. Il balise les pratiques tout en laissant une place au jugement clinique, ce qui est essentiel.

Les délais de prise en charge en tenant compte de la priorisation évaluée sont généralement respectés. Pour les consultations en psychologie, il y a un peu plus d'attente et des départs annoncés jumelés avec les difficultés de recrutement, principalement pour ces professionnels, génèrent des inquiétudes à l'équipe.

Le soutien, tant au niveau de la gestion qu'au niveau des conseillères cliniques et de l'équipe de psychiatres, est nommé à plusieurs reprises comme une grande richesse du milieu. La formation est disponible en quantité importante à ce point qu'il est suggéré d'établir une priorisation selon les objectifs de l'organisation.

L'équipe est complémentaire et fonctionne de façon efficace. La communication est facilitée par des rencontres régulières et structurées. Les technologies de l'information sont utilisées judicieusement. Toutefois, le dossier papier utilisé dans plusieurs installations présente un défi qui pourrait être résolu avec le déploiement d'un dossier électronique qui est attendu par les intervenants.

La collaboration avec d'autres services, groupes, programmes et organismes dans la communauté est présente, ce qui complète l'offre de service.

Un outil standardisé pour transmettre l'information lors des points de transitions a été développé et déployé. Il s'agit du « SPER » où l'on présente la situation, le passé, l'évaluation et la recommandation.

L'équipe participe à des projets de recherche tels que « Mes choix » qui touchent la dépendance et des guides d'autosoins sont utilisés pour certains besoins spécifiques.

Des interventions de groupes sont réalisées. Le programme équilibré comprend la participation au groupe « Personnalité et ses composantes ». Il y a aussi le groupe pour les personnes endeuillées en raison d'un suicide.

La participation de la famille à ses soins ou services est encouragée, mais le choix de l'utilisateur est respecté. Bien que récent, une réflexion concernant le contrat d'engagement thérapeutique est suggérée.

Les usagers sont invités à partager leur expérience vécue avec les responsables du service sous le thème «Un p'tit café avant de partir». Un sondage d'appréciation des services est aussi remis aux usagers.

Certains intervenants rencontrés cernent les dilemmes éthiques facilement dans leur quotidien, mais pour d'autres ce réflexe n'est pas développé. L'établissement est invité à faire vivre l'éthique dans le milieu par différentes stratégies pour permettre aux intervenants d'être mieux outillés dans leur pratique quotidienne.

Dans la majorité des installations, les locaux sont adaptés à la pratique et des moyens sont mis en place pour assurer la confidentialité.

La rareté de main-d'œuvre se ressent et génère une inquiétude pour ceux qui restent.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

Les appels d'urgence arrivent principalement par la ligne 811 qui redirige la demande. Un intervenant du service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) du territoire concerné est interpellé la semaine et la fin de semaine, le soir et la nuit; un intervenant de garde « urgence détresse » est contacté. Les intervenants gèrent la situation au téléphone ou se déplacent au besoin. Le soutien de policiers peut être sollicité lorsque nécessaire. Les actions sont planifiées selon des modèles définis.

Des services sont mis en place rapidement afin de répondre au besoin du client et ainsi éviter les visites au service des urgences lorsque ce n'est pas requis.

Pendant la pandémie, une « coronovan » a été déployée. Il s'agit d'un moyen original pour répondre à la problématique de transport des usagers qui s'est accentué pendant la pandémie et qui aurait pu dégénérer vers des situations de crise si elle n'avait pas été redressée. C'est un bel exemple d'initiative proactive pour éviter des situations de crise.

Depuis peu, des intervenants sociaux sont déployés comme proches collaborateurs avec les policiers et deviennent l'intermédiaire avec l'équipe de service psychosocial. Cela permet le repérage précoce et le travail en amont pour prévenir les situations de crises. Dans le même sens, plusieurs stratégies sont mises en place; les travailleurs de rang, de rue et de proximité, les sentinelles pour la prévention du suicide dans certains milieux de travail et les éclaireurs dans la communauté.

Des outils pour faciliter la transmission d'informations sont en place. On retrouve le protocole RÉMI qui est un mécanisme qui vise à assurer la protection des personnes suicidaires ainsi que les personnes endeuillées en raison d'un suicide par une entente de collaboration entre les partenaires signataires, soit les premiers arrivants (policier, ambulanciers, intervenant psychosocial) qui effectuent l'évaluation et les services d'urgence ou la psychiatrie.

Le soutien de l'équipe et le soutien clinique et professionnel sont des éléments très appréciés qui permettent une rétention des membres de l'équipe. Toutefois, la lourdeur des gardes fragilise les équipes d'intervenants volontaires qui souhaitent faire la garde.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Les visiteurs ont été en mesure de constater une organisation exemplaire des services psychosociaux en contexte de sécurité civile. L'équipe est très bien préparée; les arborescences décisionnelles et opérationnelles sont à la fois bien préparées et bien connues de l'ensemble des intervenants impliqués. Les visiteurs tiennent à souligner l'excellence et le constant désir d'amélioration qu'ils ont constatée.

En conclusion, il est tout de même recommandé à l'établissement de s'assurer de la relève en ressources humaines, car cette pratique exemplaire repose sur les épaules d'un petit noyau d'intervenants.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Service Info-Santé	

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





Commentaires des visiteurs
Chapitre 7 - Service Info-Santé

Le visiteur a été accueilli dans une centrale téléphonique tout à fait adaptée aux bonnes pratiques. Il y a rencontré une équipe jeune, impliquée, ouverte et très dynamique. Le leadership de la gestion fut à de nombreuses reprises nommé et constaté. Le niveau de formation des intervenants est de très grande qualité tout comme l'accompagnement clinique dont ils disposent. La tenue de dossier est exemplaire tout comme les interventions observées.

Dans la poursuite de l'excellence, l'établissement est invité à évaluer les motifs de départ afin de stabiliser les ressources humaines, car il y a là un enjeu. La vulgarisation et la démocratisation de l'éthique tout comme l'évaluation de la satisfaction des utilisateurs sont deux pistes de développement que le visiteur propose à l'établissement.

En terminant, il serait aussi des plus pertinent de poursuivre le développement des connaissances des intervenants par de la formation sur la diversité de genre.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	
8.1.35 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'usager et la famille.	
8.1.36 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
<p>8.1.41 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>8.1.41.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, 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.</p> <p>8.1.41.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p>	
8.1.48 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	
8.1.49 Le plan d'intervention interdisciplinaire de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	
8.1.59 La planification des points de transition des soins ou services, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
8.1.60 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

8.1.60.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

8.1.61 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.

8.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

8.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:

faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
mesurer l'utilisation d'un produit;
inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

8.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

8.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



Commentaires des visiteurs**Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)**

Le groupe de médecine de famille (GMF) de Saint-Jean-Port-Joli, point de service du GMF de Montmagny, a été visité. Ce GMF fait partie d'un ensemble de plus de 20 GMF dans le territoire. Ce point de service était l'ancien site de l'hôpital local et ce site historique continue de colorer la pratique médicale qui s'y trouve. Le GMF offre actuellement des services de médecine familiale, de chirurgie mineure, de radiologie, de prélèvements, de soins infirmiers (infirmières et infirmière praticienne spécialisée), et de vaccination antigrippale. Le personnel est aussi en mesure de répondre aux demandes de consultation avec et sans rendez-vous. L'établissement est ouvert de 8 h 30 à 16 h du lundi au vendredi. Les installations accueillent le personnel du GMF, mais aussi des professionnels œuvrant notamment dans les programmes de santé mentale et dépendance. L'offre de service clinique du GMF est vaste. Les demandes de service proviennent des usagers et de leurs proches, des omnipraticiens travaillant sur le territoire, des médecins œuvrant en milieu hospitalier et des entreprises locales. Les portes d'entrée sont donc diversifiées. Les mécanismes de priorisation sont bien utilisés.

L'une des caractéristiques de l'offre de service du GMF est la présence d'une garde médicale permettant plusieurs activités diagnostiques et thérapeutiques, incluant la possibilité de réaliser des examens radiologiques, l'analyse décentralisée de prélèvements sanguins ou au laboratoire hospitalier de Montmagny, l'administration de produits sanguins, la prise en charge des besoins de soins complexes des usagers oncologiques, etc. La présence médicale permet aux intervenants de soutenir l'offre de services en matière d'administration des médicaments et de surveillance de l'état de santé au-delà de ce que d'autres points de services peuvent offrir.

La présence d'infirmières et d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS) facilite l'amorce de traitements plus complexes, le suivi d'usagers avec conditions chroniques, le suivi de traitements amorcés par les médecins sans devoir recourir aux services hospitaliers ou ambulatoires. Les usagers rencontrés ont fait part de leur grande satisfaction à l'égard de la flexibilité des processus de prise en charge et des horaires ainsi que de la capacité des professionnels à gérer les situations courantes du début à la fin. Les usagers sont fiers de leurs services de proximité et le personnel est bien évidemment teinté de ce sentiment d'appartenance et d'autonomie dans la réponse aux besoins populationnels.

Les dossiers examinés ont permis de valider la présence du consentement aux soins, la qualité des notes, la précision des informations aux points de transition à l'usager et aux partenaires (médecins de famille, partenaires hospitaliers ou unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence/UCCSPU). La coordination est fluide et efficace aussi en matière de gestion des prélèvements et de demandes de consultations. Sur ce dernier point, l'équipe médicale est fière de la pratique collaborative qui est bien ancrée entre les médecins du GMF, les autres professionnels cliniques et le personnel administratif en place.

Le personnel et les médecins rencontrés font preuve d'un enthousiasme manifeste, d'un vif souci de répondre aux besoins de la clientèle et d'un désir d'entraide entre eux tout en respectant les champs d'exercice de chacun. Tous se disent très satisfaits de travailler dans ces lieux et la force du groupe est fréquemment utilisée pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés. Les visiteurs peuvent témoigner de la grande flexibilité du personnel en place dans l'entraide fournie aux collègues d'autres points de services lorsque les fluctuations de demande se font sentir : les professionnels se déplacent pour remplacer leurs collègues ou pour prêter main forte de manière ponctuelle.

La formation du personnel est bien accessible et flexible. L'appréciation de la contribution au moment de terminer une période de probation est adéquatement réalisée, cependant, les évaluations bisannuelles sont plus rarement complétées.



La présence de travailleurs sociaux du GMF, de psychologues associés au programme de santé mentale et d'infirmières du programme jeunesse permet une prise en charge facile et rapide d'utilisateurs présentant un profil complexe. Tous donnent un coup d'épaule sans formalisme et excès de protocoles. Cette collaboration interdisciplinaire et interdirection constitue d'ailleurs une grande force et une source de satisfaction pour le personnel. Cette collaboration est empreinte d'un grand respect des champs de compétence de tous les membres.

La collaboration dans les efforts de désengorgement des services des urgences est soutenue. Les gestionnaires effectuent une communication efficace auprès de leur personnel, décentralisent la prise de décision avec confiance et impliquent le personnel dans la recherche de solutions. L'équipe est invitée à structurer un peu plus la conception de projets, notamment, par le soutien en matière d'amélioration de la qualité. En ce sens, impliquer un utilisateur partenaire sous diverses formes constituerait une avancée positive. La création d'outils à titre d'exemple, l'évaluation infirmière ou la clarification de certains cheminements d'utilisateurs pourraient constituer des initiatives qui auraient le potentiel de poursuivre la pratique collaborative déjà bien amorcée.

Le recrutement d'éventuelles nouvelles ressources médicales en GMF demeure incertain. Le droit de prescrire des infirmières n'ayant pas encore atteint son plein déploiement, son aboutissement constituerait une avancée utile et soutenante dans le contexte des services généraux. L'évolution probable de l'offre de service médicale constitue un défi pour lequel les équipes de gestion devront prévoir des stratégies de communication populationnelles afin de mieux faire connaître les services.

La gestion soutenue par des données de performance demeure très sommaire, faute de données disponibles, validées et structurées. En ce sens, la culture de la mesure présente un fort potentiel d'amélioration.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services de santé courants	
9.1.18 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	
9.1.19 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
9.1.22 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	!
9.1.32 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
9.1.39 La planification des points de transition des soins ou services, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
<p>9.1.40 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>9.1.40.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>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;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>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).</p>	
9.1.43 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.	
9.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	

9.2.1.1	<p>La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:</p> <p>faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).</p>	
9.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
9.2.1.3	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	
9.2.11	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!
9.4.1	Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	!
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 9 - Services de santé courants		

La gestion de l'accès est efficace, le système en place permet d'ajuster l'offre à la demande des services dans la majorité des secteurs visités. Un bel exemple est la trajectoire mise en place pour orienter les demandes de priorité 4 vers d'autres services ou ressources. De plus, le Carnet santé est un outil qui permet de gagner en efficacité.

Cependant, la contribution pour éviter la congestion des services des urgences pourrait être bonifiée en augmentant les plages sans rendez-vous dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) périphériques des centres hospitaliers. La région a un historique de CLSC avec médecins qui offrait de soins de première ligne avec une mission de petite urgence communautaire. Cette habitude reste encore bien enracinée dans la population. Par ailleurs, en visitant le CLSC du Lac-Etchemin, bon nombre d'usagers sont vus sans rendez-vous grâce à la collaboration de médecins du GMF-U; ainsi, des visites aux urgences

ont été sans doute évitées. Cette modalité pourrait être consolidée et même l'implantée dans d'autres secteurs.

L'évaluation des usagers est très complète; le risque de chutes, le risque suicidaire ainsi que les risques d'erreur de médicaments en font partie.

La consignation au dossier de la double identification n'est pas encore répandue dans tous les secteurs visités.

Une attention particulière doit être portée au CLSC de Laurier où des matériaux toxiques sont entreposés par manque d'espace dans des endroits non appropriés.

L'utilisateur est sollicité à faire partie de l'équipe en tant que partenaire de soins et à se responsabiliser de son état de santé dès la première consultation.

Les usagers rencontrés par les visiteurs ont témoigné de la qualité des soins et services reçus. Ils ont été traités dans le respect de leur dignité. Ils disent avoir eu toutes les informations nécessaires quant aux traitements ou soins reçus.

La qualité de dossiers est de très haut niveau. Les notes infirmières sont complètes et à jour, bon nombre d'outils cliniques sont harmonisés. Le soutien professionnel apporté par les conseillers en soins est bien apprécié par les équipes.

Le transfert de l'information est bien encadré par l'outil SPER, mais aucun processus d'évaluation de cette pratique organisationnelle requise (POR) n'est en place.

Beaucoup d'initiatives d'amélioration de la qualité ont été mises en place au cours des dernières années. En revanche, les initiatives d'amélioration gagneront en efficacité et efficience si elles sont encadrées par une démarche structurée d'amélioration continue.

Un mécanisme de suivis conjoints avec les intervenants d'autres secteurs (SAD, GMF, oncologie, etc.) assure une continuité des soins et des services sans interruption.

Dans la grande majorité de secteurs visités, le consentement libre et éclairé est respecté.

Il importe de mentionner la rencontre hebdomadaire entre les équipes et la chef de service où les informations essentielles et pertinentes sont partagées. Le climat de travail est sain; les équipes sont soudées et ses membres s'entraident pour offrir des soins de qualité.

Vu le contexte de rareté de ressources humaines et de départ à la retraite projetée par un grand nombre d'infirmières, il est temps de mettre en place un processus pour assurer le transfert de connaissances aux jeunes infirmières, et ce, sans tarder.

L'établissement est encouragé à maintenir cet engagement collectif envers la qualité des soins et 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 manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Télésanté		
2.1	Les usagers participent à la conception, la prestation et la mise en oeuvre du service de télésanté	
2.2	La stratégie de l'organisme est élaborée en collaboration avec les usagers.	
2.3	Le processus d'évaluation du service de télésanté est conçu avec la collaboration des usagers, au besoin.	
3.7	Les perspectives d'amélioration de la qualité sont déterminées en collaboration avec les usagers.	
3.8	Les conseils et les protocoles sont examinés régulièrement, en collaboration avec les usagers.	!
7.3	Un programme d'orientation officiel et complet sur le service de télésanté est offert aux nouveaux membres de l'équipe de soins, aux usagers et aux membres de la famille, si nécessaire.	!
Commentaires des visiteurs		
Processus prioritaire : Télésanté		

La structure de télésanté du CISSS-CA se distingue par la nature de sa gouvernance sous la coordination de la direction des services multidisciplinaires, dans une approche transversale collaborative et interprofessionnelle avec les directions cliniques et les directions de soutien de l'établissement.

L'équipe rencontrée est engagée et volontaire. Les succès présentés et l'excellence de l'offre de groupe du programme jeunesse et de la clinique des plaies complexes méritent d'être soulignés.

Le récent contexte pandémique a forcé le déploiement accéléré des pratiques en télésanté. En prévision des projets innovants en planification, de nombreux travaux d'adaptation et de développement des différents outils cliniques, de grilles d'évaluation, de politiques et procédures sont en cours.

L'établissement dispose d'un programme de gestion de la qualité lui permettant de définir et d'assurer les caractéristiques de qualité requises du service de télésanté. Des audits seraient planifiés à la suite de la réalisation de grilles d'évaluation afin d'observer les résultats.

Une nouvelle composition du comité tactique ainsi que la révision de son mandat ont été approuvées par le comité de direction et seront effectives en novembre prochain. Soucieux de répondre aux besoins de l'utilisateur et de la communauté, l'établissement vise l'intégration et la participation aux travaux d'amélioration de la qualité et de la sécurité des services de ceux-ci dans le respect de la vision de l'établissement selon les trois (3) axes suivants du partenariat — usagers: collaborateur en amélioration, témoin de son vécu et partenaire de ses soins et services.

L'interopérabilité dans un contexte technologique en constante évolution, la pérennisation, le remplacement des équipements et le contexte de rareté de main-d'œuvre demeurent des défis.

L'équipe projette de promouvoir l'offre de service en télésanté grâce à un plan de communication diversifié afin de rejoindre les usagers et leurs proches, et les différents partenaires et professionnels.

Un programme d'orientation officiel et complet sur le service de télésanté aux nouveaux membres de l'équipe de soins, aux usagers et aux membres de la famille, est prévu au plan d'action.

Le souhait de l'équipe est de positionner transversalement la modalité de télésanté au sein de l'organisation par la consolidation d'une équipe dédiée au sein du CISSS-CA comme un acteur important du cheminement des usagers et de l'accès aux soins et aux services en temps opportun, de la pertinence clinique et de l'expérience de l'utilisateur.

Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

Planification des mesures à prendre

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