



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

Trois-Rivières, QC

Dates de la visite d'agrément : 22 au 27 octobre 2017

Date de production du rapport : 28 novembre 2017

## Au sujet du rapport

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (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 2017. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	5
Analyse selon les normes	6
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	16
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>20</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>23</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	24
Processus prioritaire : Gouvernance	24
Processus prioritaire : Planification et conception des services	26
Processus prioritaire : Gestion des ressources	27
Processus prioritaire : Capital humain	28
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	30
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	32
Processus prioritaire : Communication	33
Processus prioritaire : Environnement physique	34
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	36
Processus prioritaire : Cheminement des clients	38
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	40
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	42
Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service	43
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	46
Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service	48
Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service	50
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	54
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service	56
Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service	61

Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	67
Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service	71
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	76
Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service	79
Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service	81
Ensemble de normes : Transfusions - Secteur ou service	86
Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service	88
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	94
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	94
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	98
<b>Commentaires de l'organisme</b>	100
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	101
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	102

## Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, 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 font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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.

## Décision relative au type d'agrément

La décision relative au type d'agrément du Centre intégré de santé et de services sociaux U # j est:

**Le Centre intégré de santé et de services sociaux U # j conserve le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé.**

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

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 22 au 27 octobre 2017**

- **Emplacements**

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

1. Centre administratif (Énergie)
2. Centre Christ-Roi
3. Centre Cloutier-du Rivage
4. Centre d'hébergement Cooke
5. Centre d'hébergement de Fortierville
6. Centre d'hébergement de Plessisville
7. Centre d'hébergement de Warwick
8. Centre d'hébergement du Chêne
9. Centre d'hébergement et CLSC de Saint-Narcisse
10. Centre d'hébergement et CLSC Mgr Paquin
11. Centre d'hébergement l'Accueil Bon-Conseil
12. Centre d'hébergement Louis-Denoncourt
13. Centre d'hébergement Marguerite-d'Youville
14. Centre d'hébergement Roland-Leclerc
15. Centre d'hébergement Saint-Célestin
16. Centre d'hébergement St-Maurice
17. Centre de services Avellin-Dalcourt
18. Centre de services Comtois
19. Centre de services du Haut-Saint-Maurice
20. Centre Fortierville
21. Centre hospitalier affilié universitaire régional
22. Centre St-Joseph
23. CLSC de la Samare
24. CLSC des Bois-Francis

25. CLSC Drummond
26. CLSC Laviolette
27. Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
28. Hôpital Sainte-Croix
29. Hôpital Sainte-Croix-UCDG
30. Hôtel-Dieu d'Arthabaska
31. Hôtel-Dieu d'Arthabaska-UCDG
32. Point de service Gentilly
33. Unité de médecine familiale de Shawinigan

- **Normes**

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

***Normes relatives à l'ensemble de l'organisme***

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

***Normes sur l'excellence des services***

5. Analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
6. Imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
7. Médecine - Normes sur l'excellence des services
8. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
9. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
10. Soins à domicile - Normes sur l'excellence des services
11. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
12. Soins critiques - Normes sur l'excellence des services
13. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
14. Soins primaires - Normes sur l'excellence des services
15. Traitement du cancer - Normes sur l'excellence des services
16. Transfusions - Normes sur l'excellence des services
17. Urgences - Normes sur l'excellence des services











- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	47	0	0	47
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	95	1	0	96
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	615	47	17	679
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	136	3	2	141
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	406	5	0	411
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	94	0	2	96
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	911	30	10	951
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	64	0	1	65
<b>Total</b>	<b>2368</b>	<b>86</b>	<b>32</b>	<b>2486</b>

## Analyse selon les normes

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

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

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	35 (100,0%)	0 (0,0%)	1	83 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Leadership	49 (98,0%)	1 (2,0%)	0	95 (99,0%)	1 (1,0%)	0	144 (98,6%)	2 (1,4%)	0
Prévention et contrôle des infections	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	71 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Gestion des médicaments	66 (95,7%)	3 (4,3%)	9	59 (95,2%)	3 (4,8%)	2	125 (95,4%)	6 (4,6%)	11
Analyses de biologie délocalisées	31 (86,1%)	5 (13,9%)	2	40 (87,0%)	6 (13,0%)	2	71 (86,6%)	11 (13,4%)	4
Imagerie diagnostique	61 (92,4%)	5 (7,6%)	1	68 (100,0%)	0 (0,0%)	1	129 (96,3%)	5 (3,7%)	2
Médecine	42 (93,3%)	3 (6,7%)	0	76 (98,7%)	1 (1,3%)	0	118 (96,7%)	4 (3,3%)	0
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	85 (96,6%)	3 (3,4%)	0	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	124 (96,9%)	4 (3,1%)	0

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services périopératoires et interventions invasives	113 (98,3%)	2 (1,7%)	0	108 (99,1%)	1 (0,9%)	0	221 (98,7%)	3 (1,3%)	0
Soins à domicile	47 (97,9%)	1 (2,1%)	0	74 (98,7%)	1 (1,3%)	0	121 (98,4%)	2 (1,6%)	0
Soins ambulatoires	43 (93,5%)	3 (6,5%)	0	78 (100,0%)	0 (0,0%)	0	121 (97,6%)	3 (2,4%)	0
Soins critiques	49 (98,0%)	1 (2,0%)	0	110 (97,3%)	3 (2,7%)	2	159 (97,5%)	4 (2,5%)	2
Soins de longue durée	54 (98,2%)	1 (1,8%)	0	99 (100,0%)	0 (0,0%)	0	153 (99,4%)	1 (0,6%)	0
Soins primaires	55 (94,8%)	3 (5,2%)	0	91 (100,0%)	0 (0,0%)	0	146 (98,0%)	3 (2,0%)	0
Traitement du cancer	98 (97,0%)	3 (3,0%)	0	127 (99,2%)	1 (0,8%)	0	225 (98,3%)	4 (1,7%)	0
Transfusions	64 (92,8%)	5 (7,2%)	6	65 (98,5%)	1 (1,5%)	3	129 (95,6%)	6 (4,4%)	9
Urgences	64 (90,1%)	7 (9,9%)	0	107 (100,0%)	0 (0,0%)	0	171 (96,1%)	7 (3,9%)	0
<b>Total</b>	<b>1009 (95,6%)</b>	<b>46 (4,4%)</b>	<b>20</b>	<b>1302 (98,6%)</b>	<b>19 (1,4%)</b>	<b>11</b>	<b>2311 (97,3%)</b>	<b>65 (2,7%)</b>	<b>31</b>

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgence des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Gestion des événements (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Médecine)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins critiques)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Non Conforme	0 sur 12	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Urgences)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Identification des usagers (Soins critiques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Traitement du cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Transfusions)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Urgences)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	4 sur 4	1 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins critiques)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Médecine)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins à domicile)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2



Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Formation sur les pompes à perfusion (Soins critiques)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Traitement du cancer)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Urgences)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévenir la congestion au service des urgences (Leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Médecine)	Non Conforme	2 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins critiques)	Non Conforme	2 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Traitement du cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Urgences)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Traitement du cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Soins efficaces des plaies (Soins à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Stratégie de prévention des chutes (Imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Médecine)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Traitement du cancer)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Urgences)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

### Conseil d'administration (CA)

La création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) a été instaurée en avril 2015. Un nouveau conseil d'administration (CA) a été mis en place, et un nouveau président-directeur général (PDG) a été nommé pour gérer cet établissement de 150 installations réparties sur un territoire de 43 000 km<sup>2</sup> et desservant plus de 512 000 personnes.

Une mission universitaire a été désignée, en lien avec le contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal. Le CA et l'équipe de direction se sont investis très activement dans l'implantation de la nouvelle structure, avec un fort accent sur les soins et services centrés sur l'utilisateur, la cogestion clinico-administrative et la gestion du changement. La planification stratégique 2015-2020 du Ministère de la Santé et des Services sociaux a été rapidement intégrée dans le processus de gestion, incluant la vision et les valeurs de la nouvelle organisation. La complicité entre le PDG et le président du CA favorise un engagement productif des membres du CA et de l'équipe de direction dans la réalisation des objectifs poursuivis.

Au chapitre de l'amélioration continue et de la sécurité des usagers, le CA est fortement impliqué dans une démarche structurée suivie à l'aide d'un tableau de bord qui intègre des indicateurs opérationnels, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ainsi que des indicateurs de gestion des ressources (humaines, informationnelles, financières et techniques).

### Communauté et partenariats

Le CIUSSS maintient des liens étroits avec les communautés locales et a démontré une grande cohérence avec son objectif de déploiement des services de proximité, notamment en maintenant les 18 Fondations philanthropiques de la région, de même que les comités de résidents des centres de soins prolongés.

Les partenaires consultés durant la présente visite font état d'un respect à leur égard et d'un lien de confiance avec la direction du CIUSSS et de ses intervenants qui alimentent les réalisations conjointes actuelles et à venir. Ils mentionnent, particulièrement au niveau des organismes communautaires, que du soutien leur est apporté dans la réalisation de leur mandat par l'apport d'octrois financiers ponctuels ou de prêts de services.

Le CIUSSS, au niveau des activités de sécurité civile, est très impliqué dans la communauté et travaille en étroite collaboration avec différents partenaires.

## La direction

Une carte routière a été établie pour guider le cheminement vers la mise en place du CIUSSS, résolument axé sur les bénéfices pour l'usager des soins et services. Un plan "Vrai Nord" a été élaboré, regroupant la qualité, l'accessibilité, l'optimisation des ressources et le mieux-être des intervenants autour de l'expérience usager. La gouvernance s'assure d'avoir une représentativité de l'ensemble des sites pour l'atteinte de leurs objectifs organisationnels.

Un accent important a été mis sur le développement du personnel d'encadrement, notamment en termes de leadership transformationnel, de cogestion médico-administrative, de modes de fonctionnement, de recherche d'une performance optimale au niveau clinique et opérationnel, et sur la gestion du changement.

Actuellement, on peut constater que les cibles cliniques identifiées ont été atteintes et même dépassées, que ce soit au niveau de l'accès à un médecin de famille, de la diminution des durées moyennes de séjour à l'urgence et en hospitalisation, de l'accès priorisé aux services spécialisés, des délais d'attente en chirurgie et du soutien à domicile de longue durée.

L'apport et la participation des usagers et des familles ont été largement sollicités, entraînant le recrutement de près de 70 usagers-ressources et de pairs aidants qui sont activement impliqués avec les équipes cliniques.

L'équipe de direction procède régulièrement à l'évaluation des risques et des possibilités d'amélioration, que ce soit via le comité de direction, le suivi des plans d'amélioration au comité de vigilance et de qualité du conseil d'administration, de l'analyse de l'environnement, de l'évaluation des risques des projets ou de la mise à jour du portrait de santé de la population fourni par la direction de la santé publique.

Les prochains défis sont associés à l'augmentation de la demande de services, notamment en raison du vieillissement accéléré de la population du territoire, des travaux requis par la vétusté de certaines installations et des actions concertées pour améliorer l'accès à l'ensemble des services, même si des améliorations notables ont déjà eu lieu.

## La dotation en personnel et la qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail est une priorité pour l'organisation et pour la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. D'ailleurs, le capital humain en santé et en sécurité pour offrir des services afin de s'assurer de sa disponibilité est la première des 4 priorités de l'organisation pour l'année 2017-2018.

À cet effet, plusieurs initiatives ont été mises de l'avant, telle la démarche Entreprise en santé qui progresse bien et qui devrait aboutir à une accréditation au cours de l'année 2018. Une étude sur la santé des gestionnaires a été réalisée avec la collaboration de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et les résultats ont permis de dégager dix engagements de l'organisation en regard du soutien à apporter aux gestionnaires, du développement des compétences et de l'intensité du travail.

Dans le contexte de la transformation et de la gestion du changement du nouveau CIUSSS MCQ, l'équipe des ressources humaines s'est tenue à l'affût des dimensions pour lesquelles elle pouvait être interpellée et a déployé un ensemble de stratégies et de mécanismes pour soutenir la vision et les résultats attendus de la part du conseil d'administration et de la haute direction.

Ainsi, le modèle de leadership LEADS a été adopté par l'organisation, une boîte à outils a été développée pour les gestionnaires, des journées de développement pour les gestionnaires ont été réalisées et d'autres activités sont à venir. La gestion du changement a été soutenue de façon continue. Enfin, un programme de formation Lean permettant d'atteindre le niveau Ceinture verte a été développé avec le concours de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les défis qui demanderont une attention particulière tournent autour de la pénurie de certains titres d'emploi et des conséquences associées, de l'harmonisation des activités de remplacement, des négociations en vue de réduire les 42 accréditations syndicales actuelles à 4, et de l'harmonisation du système d'appréciation au rendement dans les divers sites du CIUSSS.

La prestation des soins et services (sécurité et qualité)

Dans une perspective de rehausser la qualité des services, l'établissement a mis de l'avant un projet proche aidant très intéressant. L'implication des usagers-ressources ajoute une valeur significative à la conception et à la dispensation de l'offre de services. Cette dernière s'appuie sur les meilleures pratiques et les données probantes. La culture de la mesure est présente dans l'ensemble de l'organisation. L'organisation doit poursuivre sa réflexion sur le développement d'indicateurs d'impact ou d'effet puisque les indicateurs de production sont bien développés.

La structure et l'organisation des services en soins ambulatoires permettent une utilisation efficiente des services de première ligne. Le suivi et l'intervention en temps réel du cheminement des usagers est une force de l'établissement. Plusieurs efforts ont été consacrés à l'augmentation de l'accessibilité aux services. Nous soulignons entre autres l'élargissement des heures de services ou le développement de nouveaux secteurs d'activités tels que l'hémodynamie ou encore l'hémodialyse en satellite.

Certains défis mériteront une attention particulière. Le bilan comparatif du médicament, la stratégie de prévention des chutes, la double identification et le transfert de l'information seront à consolider.

L'organisme a travaillé à diminuer l'utilisation des antipsychotiques auprès des résidents en CHSLD présentant un syndrome comportemental et psychologique relié à la démence (SCPD). L'utilisation des contentions auprès des résidents en CHSLD est également en décroissance significative. De plus, l'approche milieu de vie est implantée dans plusieurs centres d'hébergement.

L'esprit créatif se démontre par plusieurs initiatives telles que la normothérapie, l'intégration chirurgie et oncologie et la clinique externe pour le C-difficile. Ces activités démontrent l'engagement de l'organisation à offrir des soins et services de qualité et sécuritaires.

Dans tous les secteurs de prestation clinique, la cohérence et la cohésion sont bien présentes tant au niveau de la communication interprogramme que pour l'intégration des grandes orientations stratégiques.

#### La satisfaction des usagers

Un recensement des études de satisfaction effectuées dans chacun des sites du CIUSSS, rapportant l'analyse de plus de 140 études de satisfaction. Les résultats ont été intégrés dans les intrants servant à établir les plans d'action en amélioration intégrée de la qualité. Une évaluation du déploiement des usagers-ressources a également eu lieu. D'ailleurs, l'implication importante des usagers-ressources constitue un moyen significatif de rétroaction dans la prestation des soins et des services.



## Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Transfert de l'information aux points de transition des soins</b> 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"> <li>· Soins à domicile 9.10</li> </ul>
<p><b>Identification des usagers</b> En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Imagerie diagnostique 11.4</li> <li>· Urgences 12.6</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</b></p> <p>Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 15.7</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b></p> <p>L'établissement d'un bilan comparatif des médicaments est entrepris en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'usager si les soins comportent la gestion des médicaments (ou que le clinicien juge cette gestion appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Urgences 10.5</li> <li>· Services périopératoires et interventions invasives 11.6</li> <li>· Traitement du cancer 15.5</li> <li>· Traitement du cancer 15.6</li> <li>· Soins ambulatoires 8.5</li> <li>· Soins de longue durée 8.5</li> <li>· Médecine 8.5</li> <li>· Soins critiques 8.6</li> <li>· Soins à domicile 8.6</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b>            Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Urgences 10.6</li> <li>· Imagerie diagnostique 15.6</li> <li>· Traitement du cancer 15.7</li> <li>· Soins ambulatoires 8.6</li> <li>· Médecine 8.6</li> <li>· Soins critiques 8.7</li> </ul>
<p><b>Prévention des plaies de pression</b>            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. NOTA : 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"> <li>· Médecine 8.7</li> <li>· Soins critiques 8.8</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

### Processus prioritaire : Gouvernance

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

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

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

Le conseil d'administration a joué un rôle déterminant dans la mise en place du CIUSSS tout en se structurant lui-même comme nouveau conseil d'administration d'une nouvelle organisation. Rapidement, les mécanismes de fonctionnement se sont mis en place et les deux premières années de fonctionnement ont permis le développement d'une gouvernance efficace avec création de valeur pour l'organisation.

Les politiques nécessaires à son fonctionnement sont bien en place, incluant les dimensions reliées à l'éthique et aux conflits d'intérêts. Les membres ont pu bénéficier des formations appropriées et chacun fait l'objet d'une évaluation par le président, dont la présidence est elle-même évaluée. Bien que relevant directement du Ministre de la Santé et des Services sociaux, le président-directeur général fait l'objet d'une évaluation. Le conseil d'administration a procédé à deux évaluations de son fonctionnement, soit en 2016 et en 2017, et les résultats démontrent clairement une évolution largement positive de son fonctionnement.

Pour faciliter l'exercice de sa gouvernance, le conseil a mis sur pied 10 comités, dont un comité sur la responsabilité populationnelle qui n'était pas prévu au plan d'organisation proposé par le ministère.

Le plan opérationnel annuel fait l'objet d'un suivi régulier à l'aide d'un tableau de bord élaboré qui regroupe des indicateurs identifiés par le conseil d'administration.

Les indicateurs reliés à l'amélioration continue de la qualité, à la sécurité des usagers et à la gestion des risques occupent une large part à l'agenda des réunions du conseil. Les membres de l'équipe de direction participent activement aux comités du conseil de même qu'à la réunion plénière qui précède les séances régulières du conseil.

La planification, le recrutement et le développement des ressources humaines demeurent une préoccupation importante pour le conseil, et un suivi rigoureux est effectué concernant la pénurie dans certains titres d'emploi et les conséquences sur le personnel et les usagers. Au niveau médical, le campus de l'Université de Montréal intégré au CIUSSS MCQ depuis plus de 10 ans a déjà permis d'améliorer le recrutement dans diverses disciplines et devrait permettre de pallier aux difficultés de recrutement connues antérieurement.

Le conseil d'administration est bien au fait de l'ensemble des partenaires externes qui gravitent autour des soins et des services de l'organisation et s'assure de leur collaboration active, notamment par l'entremise des liens maintenus par le président-directeur général.

La gestion des ressources financières, immobilières et informationnelles s'effectue rigoureusement, et après avoir traversé un plan de compression exigé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'ordre de 34 M\$, le CIUSSS MCQ se retrouve présentement en situation d'équilibre budgétaire. Un nouveau bureau d'audit interne a été mis en place récemment, sous la gouverne du comité de vérification, afin d'assurer une révision systématique de l'utilisation des ressources.

Un des défis à court terme pour le conseil d'administration sera le remplacement de 7 membres, en lien avec les conditions de départ de la mise en place du conseil en 2015.

## Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

La planification stratégique a été élaborée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'ensemble des CISSS et CIUSSS de la province. Néanmoins, le CIUSSS MCQ a obtenu quelques modifications au plan d'organisation proposé par le Ministère et s'est doté d'un plan annuel regroupant les objectifs adaptés à sa réalité régionale.

Une carte routière a été établie pour guider le cheminement vers la mise en place du CIUSSS, résolument axé sur les bénéfiques pour l'utilisateur des soins et services. Un plan "Vrai Nord" a été élaboré, regroupant la qualité, l'accessibilité, l'optimisation des ressources et le mieux-être des intervenants autour de l'expérience usager.

Un accent important a été mis sur le développement du personnel d'encadrement, notamment en termes de leadership transformationnel, sur la cogestion médico-administrative, sur les modes de fonctionnement, sur la recherche d'une performance optimale au niveau clinique et opérationnel et sur la gestion du changement.

On peut constater aujourd'hui que les cibles cliniques identifiées ont été atteintes et même dépassées pour l'accès à un médecin de famille, la diminution des durées moyennes de séjour à l'urgence et en hospitalisation, l'accès priorisé aux services spécialisés, les délais d'attente en chirurgie et le soutien à domicile de longue durée.

Un apport et une participation des usagers et des familles se sont largement déployés, entraînant le recrutement de plus de 80 usagers-ressources et d'usager-ressources auprès de pairs.

L'équipe de direction procède régulièrement à l'évaluation des risques et aux possibilités d'amélioration, que ce soit via le comité de direction, le suivi des plans d'amélioration au comité de vigilance du conseil d'administration, de l'analyse de l'environnement, de l'évaluation des risques des projets ou de la mise à jour du portrait de l'état de santé de la population fourni par la direction de la santé publique.

Les politiques et les procédures ont fait l'objet d'un inventaire pour l'ensemble des sites et un répertoire a été créé sur l'intranet, avec des mises à jour et un calendrier de mises à jour.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Il existe un cycle de planification budgétaire annuel dans l'établissement. Les directions et les gestionnaires sont impliqués aux diverses phases du cycle et des efforts ont été déployés pour former les gestionnaires afin de les rendre imputables de leur budget. Les demandes budgétaires supplémentaires font l'objet d'une analyse à la direction des ressources financières et au comité de direction sur la base de critères pré-établis, reposant notamment sur la performance du service, le lien avec les orientations et l'impact pour l'utilisateur.

Des performances comparatives sont établies pour les différents services et des projets d'optimisation sont mis en place pour permettre des réallocations en fonctions des objectifs poursuivis.

Les systèmes financiers des divers sites ont été rapidement intégrés, à peine un an après la fusion des établissements composant le CIUSSS, ce qui a permis une optimisation des systèmes et une meilleure réactivité aux divers enjeux financiers liés à l'implantation du CIUSSS. Un des principaux défis à terminer d'adresser consiste à compléter la fusion des systèmes RH-paie dont l'échéancier prévu est février 2018.

Des suivis réguliers sont effectués et des rapports périodiques sont produits pour la direction et le conseil d'administration.

Sous la gouverne du comité de vérification du conseil d'administration, un bureau d'audit interne vient d'être mis sur pied avec pour fonction principale de procéder à une revue systématique de l'utilisation des ressources.



## Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

La qualité de vie au travail est une priorité pour l'organisation et pour la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. D'ailleurs, le "capital humain en santé et en sécurité afin d'assurer sa disponibilité" est la première des 4 priorités de l'organisation pour l'année 2017-2018. Plusieurs initiatives ont été entreprises et sont en cours, telle la démarche Entreprise en santé qui progresse bien et qui devrait aboutir vers une accréditation au cours de l'année 2018. Une étude sur la santé des gestionnaires a été réalisée avec la collaboration de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et les résultats ont permis de dégager 10 engagements de l'organisation en regard du soutien à apporter aux gestionnaires, du développement des compétences et de l'intensité de travail.

Une approche intégrative s'est implantée, faisant converger les objectifs et les actions du plan d'action Entreprise en santé, du plan d'action Kaikaku sur l'assurance-salaire et du plan d'action prévention en Santé et Sécurité au travail.

Des politiques sont en place sur la santé et le mieux-être, sur la gestion intégrée de la prévention et de la présence au travail, sur l'immunisation pour les travailleurs oeuvrant au CIUSSS MCQ, sur la civilité et la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail et sur la reconnaissance au travail. Il existe également une procédure sur la gestion des situations conflictuelles et le traitement des plaintes de harcèlement et de violence en milieu de travail.

Un important travail d'harmonisation entre les différents sites du CIUSSS a été complété, notamment sur les pratiques du Service de santé et sécurité au travail, sur les pratiques d'attraction et d'acquisition de talents, et sur le développement des connaissances et d'enseignement.


Dans le contexte de la transformation et de la gestion du changement du nouveau CIUSSS MCQ, l'équipe des ressources humaines s'est tenue à l'affût des dimensions pour lesquelles elle pouvait être interpellée et a déployé un ensemble de stratégies et de mécanismes pour supporter la vision et les résultats attendus du conseil d'administration et de la haute direction. Ainsi, le modèle de leadership LEADS a été adopté par l'organisation, une boîte à outils a été développée pour les gestionnaires, des journées de développement des gestionnaires ont été réalisées et d'autres sont à venir et la gestion du changement a été soutenue de façon continue. Enfin, un programme de formation Lean permettant d'atteindre le niveau Ceinture verte a été développé avec le concours de l'UQTR.

La mise en place des conseillers partenaires de gestion, affectés à un nombre déterminé de secteurs et de gestionnaires, s'avère être un outil de changement important et offre une proximité au complément des rôles des gestionnaires en regard de toutes les dimensions des ressources humaines.

Les nouveaux défis qui demanderont une attention particulière concernent l'harmonisation des activités de remplacement, les négociations en vue de réduire les 42 accréditations syndicales actuelles à 4, et l'harmonisation du système d'appréciation au rendement dans les divers sites.

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
<p>15.7 Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>15.7.6 La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>

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

Tel que mentionné au niveau du processus capital humain, des efforts importants sont déployés pour assurer un milieu de travail sain et sécuritaire. Toutes les initiatives liées à la démarche d'Entreprise en santé, à l'étude de l'UQTR sur les conditions d'exercice des gestionnaires suivie de 10 engagements de la direction, de même que la santé et sécurité au travail, contribuent à soutenir l'ensemble du personnel dans la recherche d'un équilibre au travail dans un milieu sain.

L'amélioration continue de la performance globale de l'organisation, la sécurité des soins et la gestion des risques sont au cœur de la stratégie organisationnelle centrée sur le patient, et sont efficacement intégrées. Un plan de sécurité et un plan de qualité viennent encadrer et prévoir les mécanismes de soutien à la réalisation des objectifs poursuivis.

Sans négliger l'ensemble des secteurs de l'organisation, l'emphase a été mise sur les secteurs services multidisciplinaires et les soins infirmiers, englobant non seulement les activités d'amélioration continue mais aussi le recours aux données probantes, le développement des compétences et l'évaluation de l'expérience usager. Des audits réguliers sont effectués en regard des objectifs établis et plusieurs mécanismes d'évaluation ont été initiés pour soutenir le déploiement des stratégies reliées à l'expérience usager et pour mesurer la satisfaction des usagers. Plusieurs projets de recherche ont également eu lieu avec la collaboration de l'Université de Montréal sur le partenariat de soins et de services.

Le volet du traitement des plaintes est bien développé et constitue lui aussi un intrant dans l'identification des objectifs d'amélioration. Il en est de même pour la déclaration des événements indésirables, laquelle est assortie d'une politique de divulgation qui est bien supportée par divers outils pour en faciliter l'application.

Un tableau de bord complet, élaboré avec le concours du conseil d'administration, permet de suivre périodiquement le degré d'avancement des indicateurs choisis.

Une politique a été mise en place pour favoriser la bientraitance et pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.

Les vérifications effectuées par les visiteurs affectés aux secteurs cliniques démontrent qu'il n'existe pas un service ou un programme où le BCM est complètement implanté à l'échelle du CIUSSS MCQ.

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

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

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

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

La structure en éthique du CIUSSS MCQ repose sur un bureau d'éthique, un comité d'éthique clinique et organisationnel, un comité d'éthique de la recherche multiclientèle et un comité d'éthique de la recherche conjoint DI-TSA. Les comités sont très actifs et fonctionnent à partir de règles de fonctionnement et de mécanismes pré-établis.

Au niveau du comité d'éthique clinique et organisationnel, un cadre de référence a été produit, de même que le Règlement du comité. Un plan d'action d'activités d'éducation 2017-2020 a été élaboré et des activités de sensibilisation ont été déployées à l'échelle du CIUSSS. Un Guide pour une démarche de réflexion et de délibération éthique a été développé pour faciliter l'implantation du cadre de référence.

Un Code d'éthique a aussi été élaboré avec la participation du Comité des usagers et des comités de résidents. Un groupe de travail a été mis sur pied pour favoriser l'appropriation du Code d'éthique auprès des usagers, en collaboration avec le comité des usagers, les comités de résidents et les usagers-ressources. Un formulaire de demande de consultation a également été mis en place. Une boîte à outils comportant 7 activités d'appropriation du Code d'éthique a aussi été créé à l'intention des gestionnaires et de leurs équipes.

Un Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration a également été mis en place.

Au niveau des comités d'éthique de la recherche, une Grille d'évaluation éthique d'un projet de recherche a été développée pour les membres. Le Règlement des comités de la recherche a été approuvé et mis en vigueur. Le comité de la recherche multiclientèle a procédé à une évaluation de sa structure et de son fonctionnement.

## Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Le CIUSSS MCQ est en interrelation avec un grand nombre de partenaires, que ce soit au niveau stratégique, universitaire, intersectoriel, du réseau de la santé et services sociaux dans la trajectoire de services, tout autant qu'avec les organismes communautaires.

Les mécanismes de communication externe, qui desservent parfois aussi le milieu interne, reposent sur un site web à jour et orienté vers l'utilisateur, des conférences de presse, des participations à des événements communautaires et des communications écrites variées pour divers publics cibles, notamment internes, un intranet, une page Facebook et des rencontres régulières à tous les niveaux .

Le Plan de communication récemment adopté décrit bien la communication attendue entre l'organisation et les parties prenantes internes et externes ainsi que les stratégies visant l'interaction entre l'organisation et ses principaux publics et partenaires.

Plusieurs politiques sont en place, notamment sur les relations de presse, sur l'accès aux renseignements personnels concernant l'utilisateur, sur la sécurité informationnelle et sur l'accès aux documents administratifs et aux renseignements personnels.

Au niveau des ressources informationnelles, le dossier clinique informatisé est en phase d'implantation progressive sur certains sites. Des efforts importants ont été déployés par l'équipe de programmation pour exploiter des données à partir des systèmes sources afin d'outiller les gestionnaires et les professionnels pour la prise de décision, notamment au niveau des indicateurs et des tableaux de bord. Les données utilisées font l'objet d'une validation de la saisie initiale et les utilisateurs ont été sollicités pour indiquer leur état de satisfaction sur les services informationnels déployés. Le principal défi demeure la poursuite de l'intégration des divers systèmes d'information.

## Processus prioritaire : Environnement physique

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives</b>	
3.7 Les salles où sont effectuées les interventions chirurgicales et invasives ont au moins 20 changements d'air total par heure.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Lors de la réorganisation des lieux physiques au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) de Trois-Rivières pour la clientèle en préopératoire, la participation des usagers a été importante. L'approche normothermie est en place pour faciliter le processus préopératoire, périopératoire et postopératoire des usagers ambulatoires et hospitalisés. Le principe consiste à maintenir la température du corps humaine normale pour faciliter la récupération de l'utilisateur après une intervention chirurgicale. Cette approche a exigé quelques changements dans la gestion thermique des locaux.

Au bloc opératoire du CHAUR, les espaces sont aérés et le personnel travaille dans un environnement sécuritaire.

Le système de ventilation, chauffage, température est fonctionnel et répond aux normes de sécurité des usagers.

Nous encourageons l'organisme à mettre en action les défis d'un bloc de chirurgie ambulatoire.

Le défi au CHAUR serait de sécuriser les chutes à lings situées dans les corridors pour répondre aux normes de sécurité de la clientèle.

Il est important de souligner que le CHSLD de Plessisville est une installation conforme aux normes de sécurité. De plus, la décoration des lieux mérite qu'elle soit soulignée.

Au CHSLD St-Narcisse un agrandissement a permis de relocaliser les résidents dans des espaces plus grands en réduisant les risques d'accident pour le personnel. Ce petit centre en milieu rural doit prendre des moyens créatifs pour assurer la sécurité en tout temps. Pour une intervention rapide en cas de situation d'urgence, il est prévu d'impliquer la communauté en cas de besoin. Ceci constitue une excellente idée à mettre en place.

Au GMF-U St-Joseph, la direction aura à considérer, lors de la révision de ses espaces, la protection des renseignements confidentiels des usagers et les aires de rangement du matériel souillé.

Au CHSLD Avellin-Dalcourt, nous encourageons l'organisme à trouver des moyens pour rendre les lieux de la salle d'activités plus sécuritaires car il existe des risques en lien avec l'accès à des portes menant hors de l'unité de soins, notamment la salle des employés et la cuisine.

À l'Hôpital du Centre-de-la Mauricie à Shawinigan, nous soulignons le travail remarquable de la direction des services techniques pour maintenir les lieux propres et les équipements fonctionnels.

L'environnement physique des CHSLD du Chêne et Warwick répond aux normes de sécurité.

À l'Hôpital Sainte-Croix, l'unité de médecine UCDG aurait besoin de plus grands espaces pour le déplacement des usagers de façon plus sécuritaire. Les chambres sont étroites pour occuper deux ou trois lits.

Nous sollicitons le CIUSSS à revoir l'organisation des espaces pour le matériel souillé et propre. Ce matériel se retrouve dans la même pièce. Cette façon de faire vient à l'encontre de la prévention et du contrôle des infections.

L'entretien et l'aménagement de l'environnement physique du centre de services du Haut Saint-Maurice à La Tuque sont particulièrement suivis. Des travaux sont effectués régulièrement pour faire face adéquatement aux nouveaux besoins, l'excellente gestion est à souligner. Le correctif à la distribution pour 20 changements d'air total par heure au bloc opératoire est à actualiser.



## Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

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

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

Les activités de mesures d'urgences et de sécurité civile sont sous la responsabilité d'un coordonnateur qui est appuyé dans ses activités par une équipe de gestion ainsi que par des comités de planification et d'intervention (COPIN) CIUSSS. Le COPIN et le COPIN restreint réunissent plusieurs directions concernées, ce qui favorise une meilleure intégration des activités et par le fait même, facilite les communications entre les différentes équipes impliquées et concernées lors d'un sinistre.

Ils fonctionnent déjà en mode CIUSSS et de nombreux aspects sont harmonisés ou en voie de l'être. Le déploiement de la valise de garde en est un très bel exemple. Cet outil, en plus de réunir de nombreuses informations, permet une mobilisation efficace des acteurs en cas de sinistre. La valise de garde du CIUSSS MCQ répond bien aux besoins et est très bien adaptée à la nouvelle réalité d'un établissement qui couvre un très grand territoire. Cet outil est digne de mention et mérite d'être partagé avec les autres établissements.

Au niveau des activités de sécurité civil, le CIUSSS est très impliqué dans la communauté et travaille en étroite collaboration avec les différents partenaires. L'exercice de table réalisé dans le cadre des préparatifs du festival western de St-Tite en est un bel exemple. Cette initiative a permis aux partenaires d'identifier les zones de vulnérabilité et de se préparer à les adresser de façon proactive.

La région a été touchée par des inondations importantes cette année ce qui a demandé au CIUSSS de déployer sa cellule de crise ainsi que les différents volets de sécurité civile. Ces événements ont permis de consolider les différents volets et de constater l'efficacité de leur structure et de leurs outils. À titre d'exemple, la présence statutaire de l'équipe d'info santé au sein du COPIN a permis un arrimage rapide et efficace. Suite à ces événements, un post mortem a été réalisé ce qui a permis d'améliorer certains aspects. Il est par ailleurs souhaité de systématiser, à l'aide d'outils standardisés, la réalisation de post mortem suite aux divers événements.

De nombreuses activités de prévention sont réalisées dont notamment des inspections des bâtiments et de l'équipement de lutte contre les incendies. Des formations sont offertes sur une base régulière et ce, dans tous les établissements.

Des exercices sont effectués pour les différents types de sinistres. Bien que des exercices soient faits sur les trois quarts de travail dans certains secteurs, l'établissement est encouragé à poursuivre le déploiement dans tous les établissements ainsi qu'à diversifier les types d'exercices en fonction de la vulnérabilité des clientèles (simulation vs exercice de table).

L'harmonisation des processus est bien avancée et l'établissement est invité à poursuivre en ce sens en se dotant d'un plan de pandémie CIUSSS ainsi qu'à compléter les plans d'intervention harmonisés CIUSSS pour tous les secteurs.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

L'organisation a mis en place de nombreuses politiques et procédures et a développé des mécanismes permettant d'assurer une fluidité dans le cheminement des patients et une accessibilité élargie pour l'ensemble des services.

Des trajectoires de services sont élaborées, suivies et ajustées et des trajectoires de patients sont développées à partir des meilleures pratiques.

Des comités de planification de congé et de gestion de lits sont en place. Ils sont très actifs et impliqués dans l'accessibilité aux lits d'hospitalisation et dans l'organisation de la continuité de services en première ligne, ainsi qu'en ressources de longue durée.

En conclusion, il est vrai de dire que non seulement l'équipe de direction, mais aussi l'ensemble des équipes sur le terrain ont su déceler et décèlent régulièrement les obstacles à un flux optimal de patients.

Ils mettent en place des moyens variés et, que nous pourrions qualifier de novateurs, pour diminuer les attentes, les délais et favoriser un cheminement harmonieux et sécuritaire pour les patients. Ils utilisent la technologie avec succès.

D'une part, on anticipe les problèmes ou difficultés. D'autre part, face à des situations problématiques, on initie des moyens quelques fois audacieux, mais toujours dans l'optique de mettre au centre des préoccupations les besoins des patients, leur sécurité et leur satisfaction.

L'orientation dans l'hôpital n'est pas toujours facile. Cependant, bénévoles et membres du personnel nous ont dirigé avec empressement et cordialité.

Le comité de fluidité des épisodes de soins et de services, les douze fondements cliniques et administratifs, les bases de données documentant les usagers niveau de soins alternatifs (NSA) sont des exemples d'efforts, de mécanismes et de stratégies qui portent leurs fruits.

Des efforts sont à poursuivre concernant les usagers complexes, le flux tiré pour la clientèle NSA et l'amélioration de la concertation médicale notamment en cardiologie.

Lors du traceur de ce processus, le visiteur a observé, à 11h05 du matin, une affiche dans le hall d'entrée du CHAUR indiquant que c'est complet à la clinique sans rendez-vous de pédiatrie. On invite à se

présenter à l'urgence ou dans d'autres cliniques. L'établissement est encouragé à favoriser d'autres solutions que la référence à l'urgence si l'état du patient ne le requiert pas.

Concernant la collaboration avec d'autres prestataires de services et d'autres partenaires en vue d'améliorer et d'optimiser le cheminement des usagers, le personnel d'encadrement du CIUSSS est en cours de déploiement de toute une panoplie d'initiatives, mais le processus est à son début. Les médecins dans la communauté sont des partenaires incontournables pour éviter que des patients, ne requérant pas des soins dans une urgence, se présentent à l'urgence.

Cependant, selon l'information obtenue, les liens directs avec les médecins de famille qui ne sont pas membres du CIUSSS sont peu élaborés. Il y a là une occasion favorable à développer pour diminuer l'achalandage à la salle d'urgence, notamment celle du CHAUR, par des patients qui ne requièrent pas des soins à la salle d'urgence.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Imagerie diagnostique</b>	
8.6 Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux clients.	!
8.7 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
9.6 Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.	
9.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et suit des politiques et des procédures pour gérer les incidents liés à la sécurité des usagers qui concernent la technologie, l'équipement, les instruments et les appareils médicaux, y compris les cas de mauvaise utilisation.	!
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
3.6 L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
11.3 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
11.8 Les appareils d'endoscopie souples sont rangés adéquatement suivant les directives du fabricant de manière à réduire les risques de contamination et les dommages.	!

14.3 Tous les articles stérilisés qui sont entreposés ou qui sont transportés dans les unités de soins ou dans d'autres organismes peuvent être localisés.



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

La gestion des équipements médicaux est un processus intégré pour le territoire du CIUSSS. L'équipe assure la planification, l'acquisition, l'entretien préventif, les réparations et le remplacement des équipements médicaux. La centralisation de la gestion des contrats d'entretien a permis d'atteindre des objectifs d'économie significative. La réorganisation des équipes permet de couvrir des sites dépourvus d'équipe technique ce qui est très intéressant. Malgré un peu de retard pris dans certains secteurs, dû à un manque de ressources humaines, le taux de satisfaction en regard de ce service est élevé. Le programme d'entretien préventif est en place. L'implantation d'un logiciel de gestion de la maintenance unique pour le territoire est prévue au printemps 2018.

Dans les documents consultés, il est indiqué qu'il n'existe pas de politique ou procédure intégrée au sujet de la gestion des incidents liés à la sécurité des usagers qui concernent la technologie, l'équipement, les instruments et les appareils médicaux, y compris les cas de mauvaise utilisation. Il n'y a pas non plus de procédure ou de politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés. Toutefois, la préoccupation que les équipements sont utilisés de façon sécuritaire pour offrir des services de qualité est présente.

L'allocation de ressources humaine et financière est à prévoir dans les prochaines années pour maintenir le parc d'équipement en bon état.

Les services de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables sont présents dans cinq installations. L'harmonisation des pratiques est amorcée. Pour l'ensemble des endroits visités, la trajectoire du matériel est conforme aux normes de nettoyage et de sécurité. Un changement de pratique favorise l'utilisation du matériel jetable plutôt que réutilisable. Le style de gestion participative favorise la mobilisation de l'équipe. Environ 30% du personnel à l'URDM possède une attestation d'études collégiales. Les autres membres sont formés par l'établissement. L'organisation est encouragée à poursuivre ses démarches pour renforcer les exigences en matière de formation à l'embauche pour le personnel affecté à l'URDM. On observe toutefois que le personnel est compétent et effectue les différentes étapes avec rigueur. Un plan d'amélioration est réalisé avec les parties prenantes et les indicateurs de gestion sont suivis.

Bien qu'un système manuel de traçabilité ait été mis en place pour les endoscopes et les implants, il n'y a pas de système de traçabilité implanté pour tous les articles stérilisés. L'établissement est encouragé à poursuivre ses recherches pour trouver le meilleur système en ce sens.

## Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

### **Leadership clinique**

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### **Compétences**

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

### **Épisode de soins**

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

### **Aide à la décision**

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

### **Impact sur les résultats**

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

### **Dons d'organes et de tissus**

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

### **Gestion des médicaments**

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

### **Prévention des infections**

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

### **Services de diagnostic – Imagerie**

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

**Analyses de biologie délocalisées**

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

**Services transfusionnels**

- Services transfusionnels

**Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service**

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>	
3.2 Les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD reçoivent de la formation continue et du perfectionnement. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15.	
3.4 Dans le cadre de l'évaluation de leur rendement, les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD doivent systématiquement fournir des preuves de leurs compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
5.4 L'organisme suit des procédures écrites pour entreposer, manipuler, nettoyer et désinfecter l'équipement d'ADBD.	!
6.4 L'organisme vérifie périodiquement si les réactifs utilisés pour les ADBD fonctionnent correctement, ne sont pas périmés ou détériorés et s'ils sont aptes à être utilisés. Référence la CSA : 22870:07, 5.3.2.	!
9.8 Lorsqu'il remplit le rapport d'une ADBD qui sera versé au dossier du client, le professionnel de la santé qui effectue l'ADBD indique clairement que les résultats découlent d'une ADBD.	
10.1 L'organisme dispose d'un processus d'amélioration de la qualité des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.2.2, 4.2.4.	!
10.2 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou un professionnel de la santé ayant les compétences requises élabore et tient à jour un manuel d'amélioration de la qualité des ADBD.	
10.4 L'organisme assure régulièrement le suivi d'un ensemble d'indicateurs de la qualité des ADBD.	



- |      |  |   |
|------|--|---|
| 10.5 | Le directeur du laboratoire ou un professionnel de la santé ayant les compétences requises utilise l'information découlant des indicateurs pour orienter la prise de décisions et apporter des améliorations aux ADBD, et ce, en temps opportun. |   |
| 10.6 | Les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD recueillent et consignent les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.  | ! |
| 10.8 | Les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD comparent et mettent en corrélation régulièrement les résultats de leurs contrôles de la qualité avec ceux d'un laboratoire de biologie médicale.   | ! |

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

#### Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

Le programme d'analyses de biologie délocalisées (ADBD) et le comité multidisciplinaire en place depuis 2016 sont bien implantés au niveau du CIUSSS. Même si les politiques et procédures ne sont pas encore harmonisées, les politiques et procédures locales sont toutes conformes et suivies. Plusieurs politiques et procédures CIUSSS ont été rédigées et complétées et sont en attentes d'approbation et de diffusion. Afin d'assurer l'harmonisation des services et des bonnes pratiques, il serait important de diffuser les documents le plus rapidement possible. Le programme est très bien encadré par les biochimistes et par les responsables dédiés et très impliqués. Tous les utilisateurs connaissent très bien les personnes ressources.

L'utilisation du code à barres pour l'analyse de la glycémie démontre le souci des responsables et des utilisateurs des ADBD pour la sécurité du patient. La double identification des patients est rigoureuse, le port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) assure la sécurité de l'utilisateur et les procédures techniques sont très bien suivies. Les utilisateurs veillent vraiment à la sécurité des patients et à la qualité des résultats.

Les équipements sont très bien surveillés et leur utilisation est standardisée. Un contrôle de qualité est effectué sur les nouveaux lots de réactifs à leur arrivée.

Le laboratoire confie les ADBD à des professionnels de la santé qui n'ont pas le même niveau de compréhension des analyses que le personnel du laboratoire. Il est primordial de déployer un programme de contrôle de qualité interne sur les unités de soins avec des fréquences bien établies. Cela permettra de s'assurer que les réactifs atteignent la performance attendue selon les critères du fabricant. Des audits doivent être faits sur une base régulière afin de pouvoir retirer les réactifs non conformes tels que les bouteilles de contrôles de glycémie sans date d'ouverture ou les bouteilles de bandelettes demeurées ouvertes. Il faudra aussi harmoniser les contrôles de qualité externes pour toutes les ADBD et impliquer les utilisateurs dans leur réalisation afin d'utiliser cela pour l'évaluation des compétences.

Les utilisateurs sont tous formés selon les ADBD et une re-certification est effectuée au niveau des glucomètres. Une révision du programme de formation pour ajouter un plan de perfectionnement et une évaluation des compétences des utilisateurs assurera une plus grande sécurité des patients et la qualité des résultats.

Afin d'assurer, de maintenir et d'améliorer la qualité des résultats et des services ainsi que la sécurité des patients, il est nécessaire de développer un programme d'amélioration de la qualité et d'établir des indicateurs de qualité spécifiques aux analyses de laboratoire délocalisées. Les indicateurs pourraient être le suivi des non-conformités au contrôle de qualité, l'utilisation des numéros uniques, les résultats du contrôle de qualité externe et tout autre élément jugé nécessaire pour apporter des améliorations au service.

L'harmonisation de toutes les ADBD sur le territoire du CIUSSS demeure un défi important. Il serait très avantageux, même nécessaire, d'avoir un poste dédié aux ADBD afin de chapeauter le programme au niveau du CIUSS. Les responsabilités associées seraient la formation continue et la vérification des compétences des utilisateurs, la réalisation des audits, les contrôles de qualité interne et externe et toute autre tâche jugée pertinente.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
12.1 L'accès aux aires d'entreposage des médicaments est réservé aux membres de l'équipe autorisés.	!
12.2 Les aires d'entreposage des médicaments sont nettoyées et organisées régulièrement.	
12.3 Des conditions appropriées sont maintenues dans les aires d'entreposage des médicaments afin de protéger la stabilité des médicaments.	
12.7 Les médicaments périmés, endommagés et contaminés, ainsi que ceux qui sont interrompus ou qui font l'objet d'un rappel sont rangés séparément des médicaments couramment utilisés, tant dans la pharmacie que dans les unités de soins, en attendant qu'ils soient retirés.	!
17.1 Les unités ou les emballages de médicaments sont étiquetés de façon uniforme.	!
23.6 Les numéros de lot et les dates de péremption des vaccins sont consignés dans le dossier de l'utilisateur après l'administration.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	

L'équipe de la pharmacie est dynamique et proactive. Elle construit des assises solides pour une gestion des médicaments harmonisée pour le CIUSSS. Malgré la difficulté de recrutement, le rôle clinique des pharmaciens est reconnu dans plusieurs secteurs où ils sont souvent sollicités pour leur expertise.

La création de divers comités de planification et de travail (ex. comité tactique, comité de documents cliniques) favorise la réalisation des projets d'envergure tels l'harmonisation de nombreuses politiques et procédures CIUSSS et l'unification du formulaire thérapeutique. La création d'une bibliothèque virtuelle avec des informations à jour sur les médicaments et les protocoles de traitement et la création de communautés de pratique (ex. pharmacie d'oncologie régionale) sont d'autres initiatives à souligner.



Le Programme de gérance des antimicrobiens est unifié depuis environ un an et compte déjà de belles réalisations telles des publications et des revues d'utilisation de certains antibiotiques. Le programme bénéficierait d'enlignements plus ciblés et uniformes pour l'ensemble des installations du CIUSSS. De plus, l'identification et le suivi d'indicateurs pour mesurer l'impact du programme pourraient contribuer à sa pérennité.

Dans l'ensemble des installations visitées, les pharmacies et les aires d'entreposage sur les unités de soins sont en général propres et ordonnées. Les services centralisés d'addition au soluté (SCAS) dans les installations visitées sont conformes et bien entretenus. Le SCAS au CHAUR a été rehaussé récemment, mais il n'atteint toujours pas les normes en raison de contraintes physiques et matérielles.

Le département de pharmacie est encouragé à poursuivre ses efforts dans la communication et l'intégration des changements aux intervenants et à poursuivre le développement des services cliniques.

---

## Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>	
4.4 La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des clients avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.	!
11.4 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 11.4.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	 <b>PRINCIPAL</b>
15.1 L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.	!
15.2 L'équipe dispose d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique.	!
15.6 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients. 15.6.1 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes. 15.6.2 La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes. 15.6.3 La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées. 15.6.4 L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue. 15.6.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	 <b>PRINCIPAL</b> <b>PRINCIPAL</b> <b>PRINCIPAL</b> <b>SECONDAIRE</b> <b>SECONDAIRE</b>

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

Le service d'imagerie diagnostique s'est doté d'une structure de gestion CIUSSS qui lui a permis de rapidement tirer profit des meilleures pratiques de chacun des sites et de commencer à les intégrer dans

les différents établissements. La co-gestion médicale est bien présente tant en imagerie qu'en médecine nucléaire et apporte une valeur ajoutée à l'offre de service. Ils se sont dotés de mécanismes de co-gestion efficaces dont notamment les comités de vigie. La culture de la mesure est également bien déployée au sein des différentes équipes. Les tableaux de bord sont produits périodiquement et des plans d'action y sont rattachés. Ce qui leur permet de réajuster régulièrement leur offre de service pour répondre le mieux possible aux différents besoins.



Plusieurs projets d'harmonisation sont déjà amorcés. L'un d'entre eux concerne la centrale de rendez-vous. Sous la responsabilité du chef de service responsable des centrales de rendez-vous, plusieurs étapes ont déjà été franchies ce qui leur a permis de passer de 12 centrales à 5. Cette intégration leur permet d'offrir une plus grande accessibilité aux différents examens disponibles sur le territoire et ainsi diminuer les délais d'attente. Ultimement, ils compteront une seule centrale pour la région lorsque les systèmes d'information seront harmonisés. L'harmonisation des systèmes d'information est un élément important dans l'harmonisation ce qui représente un défi pour les services diagnostiques. L'imagerie pourra néanmoins franchir sous peu une première étape en procédant à l'uniformisation de leurs PACS.

Certains environnements physiques nécessiteront une attention particulière afin d'assurer une offre de service sécuritaire pour la clientèle. C'est le cas notamment pour l'angiographie du centre hospitalier affilié universitaire régional dont la salle est très encombrée avec toutes les technologies nécessaires et le volume de demandes grandissantes pour ce type d'examen. L'aménagement du service d'échographie de l'Hôpital Ste-Croix devrait être revu car la configuration actuelle pose un problème important de confidentialité. Il en va de même avec le secteur de scopie à Arthabaska Érables où les lieux ne permettent pas d'assurer la confidentialité.

Le programme de prévention des chutes est déployé à intensité variable dans les différents établissements. Certains secteurs n'ont pas de programme formalisé alors que d'autres se démarquent et ont implanté une stratégie de prévention des chutes adaptée à la clientèle de l'imagerie. Une des équipes a par ailleurs développé des audits spécifiques pour évaluer l'efficacité de leur programme de prévention des chutes et les résultats sont partagés avec les employés et utilisés pour identifier de nouveaux moyens de prévention. L'établissement est encouragé à déployer ce type d'outils dans les différents sites.

Les équipes rencontrées tant en imagerie qu'en médecine nucléaire ont démontré leur professionnalisme, leur rigueur, leur dynamisme, leur engagement et surtout leur volonté d'offrir des services de qualité pour leur clientèle. L'apport des usagers est sollicité régulièrement et ceux-ci sont impliqués dans divers projets. C'est le cas notamment pour les bénévoles Ruban rose qui accompagnent les femmes lors de leur mammographie.

## Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.2 Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour.	!
3.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
4.1 Une approche collaborative est utilisée pour offrir les services.	!
4.5 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	 <b>PRINCIPAL</b>
8.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6 Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	 <b>PRINCIPAL</b>
8.6.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	<b>SECONDAIRE</b>



- 8.7 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.

NOTA : 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.

- 8.7.2 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'usager.

**PRINCIPAL**

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

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

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisation a assuré un leadership dans la détermination des buts et des objectifs des services, en cohérence avec les orientations organisationnelles et les objectifs du «Vrai Nord» de l'établissement. Chaque service est doté d'une station visuelle en lien avec les quatre composantes du Vrai Nord et la très grande majorité sont animées au moins une fois par mois avec les employés.

Dans le cadre du déploiement de l'expérience usager et de l'usager-ressource, la participation des usagers, des familles et des organismes de la communauté dans les aspects de la planification, de la conception et de l'amélioration de la qualité est favorisée par les équipes.

#### Processus prioritaire : Compétences

Les sites visités fonctionnent dans un système d'équipes collaboratives de façon variable, pour façonner les soins et les services selon une approche interdisciplinaire. Les unités de courte durée gériatriques (UCDG) démontrent beaucoup de rigueur dans l'application de cette philosophie d'intervention. L'introduction d'une équipe de «Quatuor» est en cours dans les unités de médecine générale. Quelques unités en bénéficient et le déploiement est prévu dans l'ensemble des installations. L'équipe visiteuse encourage la poursuite du déploiement de cette pratique dans l'ensemble des sites.

La clarté du rôle et le champ de compétences de chaque membre des équipes est bien défini, consigné par écrit et connu des pairs. Les activités de formation sont disponibles et actualisées, notamment à l'égard de la civilité et de la prévention de la violence en milieu de travail, des pompes à perfusion, des situations d'urgence et des éléments relatifs à la sécurité dans le milieu de travail.



Des programmes d'orientation et d'intégration sont fortement déployés et les nouveaux employés soulignent la qualité de cette mesure. L'évaluation du rendement des membres de l'équipe est documentée régulièrement et des objectifs d'amélioration sont signifiés lorsque requis. De nombreux stagiaires et étudiants sont présents dans les installations, signal fort de l'organisation à l'égard de l'importance de l'enseignement.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accès aux services en médecine et en courte durée gériatrique (UCDG) est efficace et conforme aux normes reconnues. Les services sont planifiés en fonction des besoins et concernent l'ensemble de la trajectoire. Un rapport d'état est utilisé pour transmettre aux gestionnaires toute l'information pertinente concernant l'accessibilité, la qualité, la reconnaissance des efforts et les situations particulières vécues sur les unités de médecine, au moins deux fois par semaine. Cet outil permet de dégager les principaux obstacles aux soins et services et d'augmenter la fluidité des services. Des rapports formels de communication concernant la clientèle hospitalisée sont aussi utilisés systématiquement entre chaque quart de travail.

La participation des usagers et de leurs proches est fortement encouragée, mais un effort demeure nécessaire afin de rehausser leur contribution active en présentiel à l'égard de leur participation aux rencontres interdisciplinaires.

Les infirmières au suivi clinique coordonnent les activités, à chaque étape du processus, incluant les points de transition. À l'UCDG, c'est la travailleuse sociale qui occupe en grande partie cette fonction avec brio.

Il est important de souligner certains aspects de sécurité qui mériteront une analyse approfondie en vue d'en réduire les risques. En premier lieu, le port de la carte d'identité doit être respecté en tout temps, par tous les membres de l'organisation. Les corridors doivent aussi être en tout temps dégagés d'un côté afin de permettre aux usagers de circuler en toute sécurité et aux intervenants de travailler dans un environnement désencombré. Certaines unités doivent s'assurer de sécuriser l'accès aux chutes à linge, celles-ci étant accessibles dans les aires communes de circulation. Certains services de médecine disposent d'espaces servant à la fois au nettoyage de matériel contaminé (comme des bassines) et d'entreposage de matériel propre. L'établissement est invité à revoir l'utilisation de ces emplacements dans une perspective de prévention et contrôle des infections. Finalement, l'organisation est encouragée à procéder à une analyse de la conformité des surfaces murales au service de courte durée gériatrique de Cloutier-du Rivage, toujours en lien avec la prévention et le contrôle des infections.

Nous souhaitons souligner la mise en fonction du service d'hémodynamie au CHAUR. Bien que tout récent, ce service compte sur une équipe dûment formée et chevronnée, ayant à sa disponibilité des équipements à la fine pointe de la technologie, dans un environnement spacieux, lumineux et bien planifié. Le temps de délai maximal de 90 minutes prescrit dans les pratiques d'excellence entre l'arrivée du patient à l'urgence et l'intervention par l'équipe d'hémodynamie (door to balloon) est de 78 minutes à

Trois-Rivières, ce qui dépasse les attentes. L'équipe visiteuse félicite l'organisation pour ce développement et les résultats actuels.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Le processus d'accès à l'information et aux dossiers des usagers est bien compris et respecté par le personnel.

La collecte, la consignation et le maintien à jour de l'information sur les usagers est complet, conforme aux normes et règlements en vigueur et complété avec la contribution des usagers et de ses proches.

Les membres de l'équipe confirment la disponibilité adéquate et fonctionnelle des systèmes d'informations. Des politiques et procédures par installation sont présentes et soutiennent les pratiques.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Le processus actuel pour choisir, examiner et utiliser les lignes directrices soutenues par des données probantes est réalisé avec rigueur. Les gestionnaires travaillent de concert avec les différentes instances et le personnel, avec l'apport des usagers, tant pour la conception des services, le choix des projets d'amélioration de qualité, que les objectifs et les indicateurs de suivi.

Un projet vitrine, fort intéressant et novateur, basé sur l'intégration du proche aidant, est en déploiement dans plusieurs services de l'établissement, notamment en médecine. Il fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'organisation et des autorités ministérielles. Ce projet débuté à l'hôtel-Dieu d'Arthabaska, est en mise à l'essai mais déjà, des résultats prometteurs émergent, au bénéfice des usagers et de leurs proches. Il vise à permettre aux usagers de désigner un proche aidant pouvant demeurer sans restriction à leur côté pendant la durée de l'hospitalisation.

Autre initiative porteuse de sens et ayant un impact sur les résultats, est la Marche Gemba en UCDG. Elle est réalisée auprès des usagers une fois par semaine par les employés, de même qu'aux deux semaines par les gestionnaires. Cela permet non seulement d'ajuster l'offre de service en continu, mais aussi de reconnaître la compétence et la contribution des employés qui œuvrent dans le service. D'ailleurs, plusieurs mesures ont été prises dans les derniers mois pour améliorer le climat de travail, notamment à l'UCDG de Cloutier Durivage, ce qui a permis de diminuer significativement le taux d'assurance salaire et de l'avis des intervenants rencontrés, créer un environnement de travail fort apprécié de chacun.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	

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

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

L'amélioration du taux d'incidence de la transmission d'infections nosocomiales est une fierté pour l'équipe. Ce sont des décès évités, des vies de sauvées. Ces résultats sont attribuables à une démarche concertée où différents intervenants travaillent dans le même sens. Plusieurs stratégies sont utilisées telles que regrouper les usagers avec le même type d'infection et un projet pour des usagers avec *Clostridium difficile* en externe.

Des usagers-ressources sont consultés pour l'élaboration de la documentation en prévention des infections, par exemple des feuillets d'information, la politique, la formation.

L'hygiène des mains est un défi de tous les jours. Un usager-ressource a siégé sur le comité visant à élaborer le plan d'action sur l'hygiène des mains. Elle a d'ailleurs trouvé le slogan qui est la signature de la campagne: "Merci de vous laver les mains souvent". Lors de l'élaboration de cette même campagne, des focus groups ont été réalisés afin d'aller consulter le personnel des unités et les médecins pour l'élaboration des stratégies afin de bâtir une campagne basée sur le marketing social. Les efforts pour réaliser et diffuser les audits de lavage des mains sont remarquables. Des responsables de services utilisent les résultats d'audit pour réfléchir avec leurs équipes à un plan d'action pour améliorer la situation. Ces stratégies portent fruit, car lors de la visite, plusieurs usagers témoignent que le personnel se lave souvent les mains. Un usager et sa famille ont aussi reçu de l'enseignement sur le lavage des mains et les précautions de base.

Les outils de suivi de la qualité en hygiène et salubrité sont impressionnants. Un tableau évolutif du contrôle de l'éclosion permet de voir la situation d'un coup d'œil. Ces outils permettent de mobiliser les équipes d'hygiène et salubrité qui voient directement tout le pouvoir et l'impact que leurs travaux peuvent avoir sur la prévention et le contrôle des infections. La collaboration entre ces deux équipes est présente et la volonté d'aller encore plus loin ensemble dans les pistes d'amélioration est palpable.



La désuétude de certains milieux visités pose un défi additionnel pour les équipes d'hygiène et salubrité et par conséquent au niveau de la prévention des infections.

Pour plusieurs services cliniques visités dans différentes installations, le matériel propre et le matériel souillé cohabitent dans la même pièce souvent encombrée. L'organisation est invitée à revoir l'organisation des utilités afin de séparer le matériel propre et souillé. La présence de feuilles du dossier médical au chevet de l'utilisateur est aussi questionnable.

La prévention des infections est transversale pour l'organisation et nécessite plusieurs politiques, procédures, programmes et documentations divers pour favoriser une uniformisation des pratiques. En ce moment, il n'est pas facile de retrouver les documents en vigueur dans chaque installation. L'organisation est invitée à poursuivre le travail amorcé pour mettre à jour les documents de référence et réfléchir sur une méthode de gestion documentaire pour que les utilisateurs soient en mesure de les retrouver facilement.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
10.13 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
<p>11.6 SOINS EN MILIEU HOSPITALIER SEULEMENT : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>11.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>11.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.</p> <p>11.6.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'usager.</p> <p>11.6.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>11.6.5 L'usager, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>
18.4 Un système d'évacuation de la fumée est utilisé lorsqu'une source d'énergie qui produit un panache de fumée (p. ex., appareil d'électrochirurgie) est en fonction.	

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

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

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

L'équipe des services périopératoires est une équipe engagée, dynamique et mobilisée.

Il existe un comité de chirurgie multidisciplinaire avec une bonne représentation de tous les secteurs qui sont en lien avec les services périopératoires.

L'équipe a réalisé plusieurs projets d'amélioration depuis la création du CIUSSS en 2015. Entre autres, la réalisation du cheminement clinique concernant l'arthroplastie du genou et la chirurgie de la hanche, affiché sur le babillard de l'unité de chirurgie et qui est accessible à tous, y compris à l'usager et à sa famille. Un projet Lean a été réalisé concernant l'optimisation du processus d'élaboration du programme opératoire dont les résultats ont amélioré l'efficacité du bloc opératoire de façon significative, avec une meilleure planification des cas et une réduction des annulations ou des reports de chirurgies.

Il y a lieu aussi de féliciter l'équipe pour l'implication d'un usager-ressource au niveau d'un autre projet Lean concernant la préadmission à la clinique de la douleur.

L'équipe connaît bien sa clientèle et planifie les soins et services en conséquence pour bien répondre aux besoins.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les services périopératoires cheminent bien avec l'approche collaborative et l'approche adaptée aux personnes âgées (AAPA), de l'équipe de gestion aux équipes terrain. Les rôles et les responsabilités sont connus de tous et bien documentés. Récemment, une révision du programme d'orientation pour les services périopératoires a été effectuée et ce, basée sur des données probantes.

La communication est fluide entre tous les membres de l'équipe de la chirurgie d'un jour (CDJ), le bloc opératoire (BO) et les unités de chirurgie. Le comité de coordination se rencontre régulièrement et l'équipe travaille ensemble pour gérer les problèmes quotidiens et pour trouver des pistes de solutions lors d'enjeux plus importants.

L'infirmier-chef du bloc opératoire travaille en étroite collaboration avec les co-gestionnaires médicaux de chirurgie, d'anesthésie, la coordonnatrice de la chirurgie CIUSSS MCQ, la chef de service de la CDJ et la direction des soins infirmiers. Un tableau d'affichage, appelé « La vitrine de qualité », est utilisé dans tous les secteurs d'activités des services périopératoires. Il est situé dans des aires de circulation à la vue de tous, incluant l'usager et sa famille: un bon moyen pour faire connaître les activités d'amélioration clinique.

La charge de travail est révisée continuellement et prise en compte lors de la planification. Au niveau des diverses équipes, on note une belle collaboration, de l'entraide et un bon climat de travail.

Annuellement, la formation sur les pompes à perfusion est donnée et un registre en confirme la réalisation. Une fois par année, le personnel est invité à faire connaître ses besoins de formation ou de perfectionnement. Plusieurs formations sont données à l'interne sur l'heure du dîner par des chirurgiens ou des anesthésistes. De plus, des formations sur la réanimation cardio-respiratoire (RCR), les mesures d'urgence, les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), le programme de réanimation néonatale (NRP) et la sécurité transfusionnelle ont lieu.

Il existe des mécanismes pour évaluer l'actualisation des connaissances techniques, effectués par les pairs, et dont les résultats sont diffusés à l'équipe. Les commentaires recueillis sont utilisés pour planifier des formations ou du perfectionnement.

L'évaluation de rendement est en cours pour la CDJ, soit environ 50% du personnel a été évalué au CHAUR, près de 80% à l'HCM et 100% au Centre de services du Haut-St-Maurice. Bravo aux gestionnaires.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le comité du bloc opératoire se penche sur le volume des activités des semaines précédentes et en tient compte pour planifier les activités de la semaine suivante, tout en considérant la disponibilité des lits des unités de soins et des soins intensifs.

Les usagers sont évalués en externe et reçoivent des renseignements et de l'enseignement en prévision de leur intervention. Des feuillets d'information sont remis aux usagers avec des instructions à suivre en prévision de leur intervention et sur les attentes en post opératoire, par exemple, le retour à la maison après une anesthésie, la chirurgie le jour même, le premier lever après une chirurgie, contribuer à sa propre sécurité, et même la possibilité d'un délirium à l'unité des soins intensifs.

La liste de vérification opératoire est bien implantée. De même, le temps d'arrêt est systématiquement bien exécuté. Des audits ont été réalisés à divers moments et les résultats démontrent 100% d'observance. Plusieurs audits ont eu lieu, entre autres sur l'application de la prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV), sur l'hygiène des mains. L'équipe utilise par la suite les observations, les commentaires ou la rétroaction pour améliorer ses processus.

Tous les cas de chirurgie sont transférés à la salle de réveil et l'infirmière ou l'anesthésiste communique les informations à l'équipe de soins.

À la chirurgie d'un jour, une évaluation de l'expérience usager a été réalisée auprès de 101 usagers ou proches concernant l'amélioration de la fluidité de l'accueil de la clientèle opérée. Le résultat a démontré 100% de satisfaction, et les principaux commentaires de l'utilisateur et sa famille ont été : la satisfaction des explications et des soins reçus, l'approche du personnel, le sentiment de sécurité et le respect entre les intervenants.

Il existe un guide concernant la prophylaxie de la TEV qui est très bien documenté et accessible. L'équipe des services périopératoires est incitée à évaluer les pratiques en conformité avec l'application du guide et d'apporter les améliorations nécessaires au besoin. D'ailleurs, des discussions fortuites avec le président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ont eu lieu et ce sujet est prévu à l'ordre du jour d'un prochain du CMDP.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) n'est pas implanté dans tous les secteurs d'activités des services périopératoires. Dans les dossiers consultés au CHAUR, on retrouve davantage des formulaires d'administration des médicaments (FADM) et des ordonnances de départ. À l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM) et au Centre de services du Haut-St-Maurice, le BCM est conforme dans les dossiers de l'unité de chirurgie et de la chirurgie d'un jour. Aucun BCM n'a été retrouvé dans les dossiers de l'Hôpital Ste-Croix et l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska.

Plusieurs moyens sont en place pour que l'information soit partagée aux points de transition des soins, comme par exemple pour une demande de soins au CLSC pour un usager.

Il y a lieu de souligner le travail innovateur de l'équipe des services périopératoires pour le projet « Normothermie » à l'unité de chirurgie d'un jour, et le projet concernant la trajectoire des services de chirurgie et d'oncologie qui ont été priorisés pour améliorer l'accessibilité aux services.

Le système d'évacuation de la fumée lors de l'utilisation des électrocautères n'est pas utilisé de façon systématique.

On remarque, dans l'aire d'entreposage des chariots de l'entretien au CHAUR, un mur défoncé et des tuiles manquantes au plancher. On incite l'équipe à faire réparer cet endroit pour en faciliter l'entretien.

Considérant le nombre élevé de personnes qui utilisent la salle de toilette en chirurgie d'un jour au CHAUR, et dans un souci de prévention des infections, on incite l'organisation à revoir l'horaire d'entretien de la toilette de l'unité de la chirurgie d'un jour, cette dernière n'étant nettoyée qu'une seule fois par jour en soirée.

Selon les personnes rencontrées, il n'existe pas de registre de la traçabilité des instruments au bloc opératoire. Une demande d'intégrer la traçabilité des instruments dans la nouvelle version du logiciel OPERA a été faite auprès de la direction. Toute la stérilisation du bloc opératoire se fait à l'URDM. La stérilisation rapide au bloc opératoire se fait encore de façon épisodique.



Lors de la visite à l'Hôpital Ste-Croix, l'augmentation du volume d'activités notamment le colorectal met une pression importante sur les ressources. L'équipe est incitée à revoir l'affectation des ressources pour mieux répondre à la clientèle.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers sont bien tenus. L'équipe des services périopératoires s'assure que le consentement est consigné au dossier. Des politiques et des procédures concernant l'accès aux dossiers, l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont en place et connues de tous.

Plusieurs formations ont été données concernant l'utilisation des technologies d'informations cliniques telles : Clinibase, OPERA préopératoire, DSQ.

Les objectifs et les indicateurs sont en lien avec les orientations stratégiques. «Les bottines suivent les babines», bravo à l'équipe des services périopératoires pour leur cohérence.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La participation de l'utilisateur et de la famille est bien développée au sein de l'équipe. On sent une préoccupation de sécurité de l'utilisateur dans l'ensemble des démarches et des projets que l'équipe entreprend.




Les valeurs de transparence et d'imputabilité sont apparentes comme en témoignent la présentation des indicateurs affichés dans divers endroits des secteurs d'activités, ainsi que les efforts déployés pour trouver des pistes de solutions dans le but d'améliorer les soins et services à la clientèle.

De nombreuses mesures sont en place pour transmettre de l'information aux équipes sur les objectifs d'amélioration de la qualité, par exemple la « vitrine de qualité ». Plusieurs indicateurs sont identifiés et les résultats sont diffusés à l'ensemble du personnel des secteurs d'activités des services périopératoires. On encourage l'équipe à partager les informations avec les usagers et les familles en utilisant, par exemple, le comité des usagers en place dans l'organisation. L'équipe est encouragée à développer des indicateurs d'impact, par exemple pour la prévention des complications secondaires aux interventions ou encore le taux d'infection périopératoire et postopératoire.

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La gestion des médicaments respecte les normes. Toutefois, lors de la visite des lieux, on observe à la salle de réveil du bloc opératoire du CHAUR, un réfrigérateur n'ayant pas de thermomètre, ni de registre de température, et qui contient des médicaments. On encourage le service du bloc opératoire à revoir cette situation avec le service de pharmacie.

## Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
<p>8.6 L'établissement d'un bilan comparatif des médicaments est entrepris en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'usager si les soins comportent la gestion des médicaments (ou que le clinicien juge cette gestion appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p> <p>8.6.1 Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.</p> <p>8.6.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, les prestataires de soins de santé, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné au dossier.</p> <p>8.6.3 Les écarts entre les médicaments sont réglés en partenariat avec l'usager et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.</p> <p>8.6.4 Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'usager ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p> <p>8.6.5 L'usager et la famille sont informés de la façon de communiquer la liste complète des médicaments aux prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'usager.</p>	  <b>PRINCIPAL</b>  <b>PRINCIPAL</b>  <b>PRINCIPAL</b>  <b>SECONDAIRE</b>  <b>PRINCIPAL</b>
9.10 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

9.10.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	<b>PRINCIPAL</b>
9.10.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	<b>PRINCIPAL</b>
9.10.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• 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).</li> </ul>	<b>SECONDAIRE</b>

10.7 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

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

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Avec l'aide des clientèles, des familles, des partenaires du milieu et des membres des différentes équipes du programme SAD, l'organisation est parvenue à bien identifier les besoins de la population desservie. L'étendue des services offerts est en lien avec le plan stratégique de l'organisation. Les trajectoires de services, incluant la collaboration des différents partenaires, sont connues et facilitent l'accessibilité aux services de ce programme.

La direction de ce programme est encouragée à poursuivre l'approche patient-partenaire axée sur le respect des choix et de l'autonomie, la qualité et la sécurité des services, la satisfaction, l'innovation et le partenariat. Cette approche permettra aux intervenants de cette direction de mettre en place des services adaptés aux besoins grandissants des clientèles desservies, tout en leur permettant de réaliser leurs projets de vie comme étant des citoyens à part entière de leur communauté.

La direction et le personnel rencontrés sont encouragés à poursuivre les actions dans leurs approches axées sur la qualité, la sécurité et l'adaptabilité des services, la satisfaction, l'innovation et le partenariat. Ces actions permettront au conseil d'administration, à la direction, aux gestionnaires et aux intervenants de développer les services offerts aux clients des différents programmes et d'en accroître la reconnaissance.

Nous tenons à souligner que l'offre des services disponible vise de hauts standards d'excellence et qu'elle s'appuie sur des données probantes permettant le développement des meilleures pratiques.

### Processus prioritaire : Compétences

Les usagers de ces services peuvent compter sur des intervenants compétents et soucieux de leur offrir des services de qualité et sécuritaires. La formation en cours d'emploi que reçoit le personnel, fait en sorte qu'ils peuvent répondre efficacement aux différents besoins de la population ciblée à l'intérieur de leur offre de service.

Tout nouvel employé peut compter sur une période d'orientation lui permettant de bien connaître son rôle et ses responsabilités. Des programmes d'orientation sont accessibles dans les différents services.

La force du travail d'équipe que nous avons pu observer dans les différents services est garante d'une offre de service de qualité et sécuritaire pour l'ensemble des clientèles. Des rencontres régulières permettent à la fois d'ajuster les interventions faites auprès des usagers et de soutenir les intervenants dans la réalisation de leurs mandats et dans l'ajustement de l'organisation des services et de leurs programmations. Des échanges réguliers avec les différents partenaires permettent de développer, une bonne connaissance des rôles et responsabilités de chacun visant une meilleure coordination, fluidité et accessibilité aux services.

Lors de nos rencontres, nous avons été à même de constater les impacts positifs que peut apporter la présence d'usagers-ressources dans les différentes structures décisionnelles de l'organisation et dans des rencontres avec les intervenants de différentes équipes de travail. L'expérience et l'expertise de ces ressources ne sont pas négligeables, elles permettent en temps réel des ajustements dans les approches clientèle et dans les pratiques favorisant la concrétisation de la vision et des valeurs définies par l'organisation à l'intérieur d'une approche d'amélioration continue de la qualité des services.

Nous tenons à souligner l'engagement de l'organisation et de ses gestionnaires dans la mise en œuvre des activités permettant une gestion de proximité. Le personnel rencontré est capable de nous parler des retombées positives de cette approche.

L'établissement est encouragé à poursuivre l'harmonisation des processus qui permettront aux intervenants du CIUSSS de participer et d'avoir accès aux résultats des différentes recherches réalisées. Ceci leur permettra sans doute de continuer d'adapter leurs connaissances aux besoins des usagers, tout en offrant des services basés sur des données probantes et les meilleures pratiques.

Lors des rencontres avec les gestionnaires et les intervenants, nous percevons déjà leur engagement à offrir des services basés sur des approches collaboratives entre les intervenants, les usagers, les familles, et les différents partenaires du milieu.

L'établissement est aussi invité à poursuivre les activités de sensibilisation, de formation et de perfectionnement sur son modèle de prestations de soins.

Nous encourageons l'organisation, par l'entremise de ses gestionnaires, à poursuivre les travaux dans la mise en œuvre des activités permettant au personnel de bénéficier d'une évaluation du rendement et de la contribution et d'un programme de formation garantissant au personnel de maintenir le développement de leurs compétences.

#### **Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les intervenants des différentes équipes sont engagés, dédiés, motivés et fiers des résultats de leur travail. Un sentiment d'appartenance se dégage et se matérialise sur le terrain par des soins et services de qualité et sécuritaires. À l'aide des différentes évaluations de la condition et des besoins de l'utilisateur, les intervenants parviennent à circonscrire les activités permettant de plus en plus, à celui-ci, de recevoir le bon service, au bon moment, à la bonne place et dispensé par la bonne ressource. A cet effet, l'organisation est à déployer les services des auxiliaires de santé et services sociaux 24 heures sur 24, 7 jours semaines.

Nous ne pouvons passer sous silence l'engagement des intervenants et intervenantes des différentes équipes interdisciplinaires dans la mise en œuvre en inter collaboration de plans de services individualisés permettant aux usagers de vivre leurs projets de vie à domicile avec l'intensité de services nécessaires. Les collaborations avec les partenaires du milieu sont à souligner.

Afin d'éviter des bris dans la continuité des soins et services, nous encourageons la Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) et les directions partenaires à poursuivre leurs travaux visant l'harmonisation des pratiques dans les différentes activités de transition de l'utilisateur, qui permettront d'atteindre les standards de qualité déjà identifiés. Nous les encourageons aussi, à définir et harmoniser les activités qui leur permettront d'avoir une rétroaction de la part des usagers et de leurs familles, et auprès des partenaires sur l'efficacité et la qualité des transitions réalisées, ceci afin de permettre les ajustements nécessaires garantissant une transition de qualité et sécuritaire.

Lors de nos rencontres dans les différents services et de nos visites à domicile, nous avons été à même de constater que la relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse. Un souci

constant de responsabiliser et d'impliquer l'utilisateur et sa famille dans ses soins est présent. Le personnel impliqué a une préoccupation constante de donner toute l'information requise aux clients et à leurs familles afin qu'ils puissent faire des choix éclairés. De plus, ils sont informés sur leurs droits et sur la manière de porter plainte.

L'organisation est aussi encouragée à mettre en place, tel que prévu dans son plan d'implantation, les activités permettant l'implantation du bilan comparatif du médicament dans les services du programme soutien à domicile (SAD).

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Dans l'ensemble des sites visités, avec l'apport des usagers et des familles, un dossier pour chaque usager est rédigé et accessible. Les outils de cueillette d'information utilisés permettent aux intervenants des différents services de ce programme de recueillir des informations standardisées sur les usagers. Elles sont disponibles en temps réel et elles permettent aux intervenants de garantir une continuité dans les services requis par les usagers.

Les données recueillies peuvent aussi servir à bien documenter le dossier du client lors de la transition d'un client vers un autre service de l'organisation ou vers les services des partenaires.

L'organisation est parvenue à déployer sur le territoire des systèmes d'information électroniques qui favorisent l'accès élargi aux informations concernant les clientèles du programme. Ce qui permet, en temps réel, aux intervenants de savoir si les usagers de leur service sont en transition vers les services des urgences et des unités d'hospitalisation ou autres. Des rencontres interservices se mettent en branle rapidement afin de soutenir l'utilisateur et ses proches.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

En accord avec les orientations et les priorités de l'organisation, la direction SAPA et ses différents collaborateurs sont à déployer une coordination clinique garantissant la mise en place d'une gestion par programme clientèle. Cela permettra, entre autres, l'installation d'une fluidité à l'intérieur des différents épisodes de soins.

Dans un souci constant de répondre aux besoins diversifiés des clientèles et de soutenir les intervenants dans la réalisation de leurs activités, cette direction est à actualiser les travaux qui permettront l'implantation de l'approche de gestion de cas et l'évaluation de la charge de cas.



Des projets d'amélioration de la qualité des services ont été élaborés avec la collaboration d'usagers, d'intervenants et de partenaires. Nous encourageons l'organisation à poursuivre l'actualisation de ces projets.

L'organisation est aussi invitée à poursuivre la mise en place de sa stratégie de recrutement de la main-d'œuvre qui permettra une accessibilité et une réponse aux besoins toujours grandissants des clientèles desservies tout en évitant l'épuisement des ressources déjà en place.




Nous encourageons l'organisation à poursuivre les travaux afin de continuer à rendre accessibles rapidement pour les usagers et les aidants naturels, les équipements spécialisés permettant d'intervenir de façon sécuritaire auprès des clientèles avec des profils de plus en plus lourds.

---

## Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.9 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	
<p>8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p> <p>8.5.1 Les types d'usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi sont précisés et consignés.</p> <p>8.5.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, la fréquence à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments est précisée et consignée.</p> <p>8.5.3 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>8.5.4 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p> <p>8.5.5 Les écarts entre les sources d'information sur les médicaments sont réglés en partenariat avec l'usager et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>



8.5.6	Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et conservée dans le dossier de l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.7	L'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6	Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
8.6.1	Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6.2	L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6.3	L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	<b>SECONDAIRE</b>
8.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	<b>SECONDAIRE</b>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
11.6	Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	
11.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

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

Un travail de collaboration des équipes de soins pour les soins ambulatoires favorise la clientèle à utilisation des services pour la santé primaire.

Un projet LEAN d'optimisation a permis la révision des fonctions des différents intervenants pour la rentabilité des services.

Nous observons la participation d'utilisateurs-ressources dans l'élaboration des projets.

Nous observons des équipes de travail motivées et fières de mettre en place de nouveaux projets. Mais ayant aussi le souci de donner des soins de qualité à la clientèle.

#### Processus prioritaire : Compétences

Des programmes de formation sont appliqués pour le maintien des compétences du personnel. Un plan de développement des compétences pour 2017-2018 est élaboré et en cours de réalisation.

L'interdisciplinaire est présent dans la dispensation des soins à la clientèle. De plus, des bénévoles s'impliquent pour être à la disposition des usagers dans des services d'accompagnement pour les soins ambulatoires.

Nous observons la présence d'usagers-ressources pour participer à des projets cliniques dans le cadre de la planification et de l'organisation des soins et des services.

Nous soulignons le travail collectif pour les meilleures pratiques dans le cadre de l'amélioration des soins et des services.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

Nous soulignons le programme de soins et de services pour les usagers aux soins ambulatoires implanté en collaboration avec les équipes de directions dont les secteurs dispensent des soins ambulatoires.

Nous remarquons le travail de collaboration des équipes interdisciplinaires dans le but d'harmoniser les soins et les services à cette clientèle.

Les objectifs du programme sont bien définis, ainsi que l'offre de services. La trajectoire de soins et de services assure un continuum de soins et de services en soins ambulatoires et en aval à la santé primaire. Les traceurs faits dans les cliniques de soins ambulatoires démontrent l'efficacité des soins et des services; pour certains services, la liste d'attente s'est déjà améliorée. Ce projet fait partie du projet vitrine soumis à un processus structuré : de la planification jusqu'à une évaluation de résultats.

À l'Hôpital Sainte-Croix du secteur sud, le personnel s'est très bien intégré au projet pour les services courants, la médecine de jour, les GMF, l'oncologie, les cliniques spécialisées, les maladies chroniques et le service analyse, évaluation et orientation (AEO), pour ne nommer que ces services. Leur implication est à souligner et nous observons le souci de donner des services de qualité à leur clientèle.

Nous soulignons la vitrine qualité présente dans les services. D'après le personnel, ce contenu démontre l'implication et l'engagement de l'équipe de soins.

La rencontre d'un usager à la clinique de cardiologie a permis de recueillir des commentaires sur la satisfaction des services reçus.

Les services visités au Centre de services du Haut-Saint-Maurice : les services courants, la médecine de jour qui est jumelé à l'oncologie, la maladie chronique, l'AEO santé, ont le souci de donner des soins et des services de qualité aux usagers. Ces derniers reçoivent une documentation pertinente selon leurs besoins.

La clinique Acokan à La Tuque est destinée à faire le pont entre les besoins des autochtones et les services de santé. Un projet pilote est à l'origine de la mise en place permanente l'an dernier de cette clinique. Plusieurs professionnels de l'établissement ont par ailleurs été formés à la culture autochtone ce qui nous amène à souligner cette initiative.

Au point de service Gentilly, nous encourageons l'organisme à obtenir le consentement de l'utilisateur et à le consigner avant la prestation des soins.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Une collecte de données pour chaque usager est utilisée lors d'une consultation d'un usager. Cependant, l'organisme a comme objectif d'uniformiser le type de collecte pour le CIUSSS.

Il existe des campagnes de sensibilisation sur la confidentialité. Nous soulignons une publicité présente sur les écrans d'ordinateur concernant la confidentialité.

Un travail important a été élaboré pour l'accès priorisé aux services spécialisés. Ceci permet à la clientèle de suivre une trajectoire efficace pour se diriger au bon service dans le but de recevoir des services.

Au Centre Fortierville, nous encourageons l'organisme à réviser la procédure sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers.



#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Il existe un comité de vigie sur les meilleures pratiques (COMPAS) dans le cadre de l'amélioration des soins et des services.

Des processus d'évaluation sont en place de façon continue pour connaître la satisfaction des usagers pour les soins qu'ils ont reçus ainsi que des pistes de solutions provenant de la clientèle ambulatoire. Des boîtes de suggestions sont à la disposition des usagers.

Dans le programme des soins ambulatoires, des indicateurs sont en place pour évaluer l'efficacité dans le cadre d'amélioration de la qualité.

## Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.4 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.6 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
<p>8.6 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>8.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>8.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.</p> <p>8.6.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.</p> <p>8.6.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>8.6.5 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>8.7 Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p> <p>8.7.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>



- 8.8 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.

NOTA : 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.

- 8.8.2 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'usager.

**PRINCIPAL**

- 9.11 Un outil de dépistage du délire est utilisé, en partenariat avec l'usager et la famille, pour déterminer si l'usager présente des symptômes de délire.

- 9.14 La trousse de l'initiative Soins de santé plus sécuritaires maintenant! sur la pneumonie acquise sous ventilation assistée (PAV) est mise en oeuvre pour tous les usagers sous ventilation, en partenariat avec l'usager et la famille.



#### Processus prioritaire : Aide à la décision

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

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

#### Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Les services sont offerts afin de répondre aux besoins de la population du territoire. L'équipe connaît très bien le profil de sa clientèle.

La direction clinico-administrative des services ambulatoires et des soins critiques (DSASC) est très axée sur la qualité des soins et services. Leur niveau d'imputabilité est très élevé. L'équipe s'est dotée d'une vision en devenir d'être une référence au Québec. La cogestion médico-administrative est bien intégrée et des objectifs communs de direction sont établis en partenariat. Un tableau de bord intégré de la qualité et de la performance en soins critiques a identifié neuf indicateurs qui couvrent les axes du Vrai Nord. Des audits sont faits sur le lavage des mains. Des plans d'action parfois en partenariat avec d'autres secteurs sont en cours avec des échéanciers. Il est noté une grande complicité entre les différents chefs d'unité afin de favoriser les meilleures pratiques et ce, dans l'intérêt de la clientèle.

Advenant une surcharge de travail, des ajouts de personnel sont faits pour répondre aux besoins de la clientèle. Les rôles et les responsabilités sont bien définis pour l'équipe interdisciplinaire.

L'organisme a un défi important pour intégrer les usagers et les familles dans les prises de décision. L'équipe est encouragée à réfléchir sur les différentes stratégies pour y parvenir.

L'équipe de gestion est proactive et en mode solution lorsqu'une problématique survient. La direction clinique supporte les gestionnaires de premier niveau dans la prise de décision et le suivi des plans d'action d'amélioration continue de la qualité.

L'arrivée d'un nouveau chef dans le secteur des soins intensifs de Drummondville et d'Arthabaska a insufflé une nouvelle énergie et un nouveau dynamisme de gestion à ces unités. Dans l'ensemble des sites, les assistantes infirmières-chefs sont très présentes auprès des membres de l'équipe à la vitrine qualité pour partager les bons coups avec le personnel et le suivi des indicateurs. La vitrine qualité est bien en vue dans l'ensemble des secteurs tant par le personnel que par les familles.

### Processus prioritaire : Compétences

Les équipes de travail sont dévoués et dynamiques. Malgré la pénurie de personnel dans certains secteurs, le climat de travail est bon et une belle complicité existe dans les équipes de soins.

Chaque secteur de soins critiques a un programme d'orientation complet et spécifique. L'équipe travaille à harmoniser le programme d'orientation pour les soins intensifs du CIUSSS. De plus, un programme de formation est planifié annuellement selon les objectifs organisationnels et les intérêts des intervenants.

Les profils de postes font présentement l'objet d'une harmonisation dans le CIUSSS. Les rôles et responsabilités dans certains secteurs sont à réviser pour tenir compte de la nouvelle réalité de gestion clinico-administrative.

Des activités de reconnaissance sont organisées annuellement par l'organisme et de façon plus modeste dans les secteurs spécifiques.

En soins infirmiers, le temps supplémentaire est fréquent. Le recrutement est variable d'un site à l'autre. Des efforts constants sont effectués pour faciliter l'attraction et la rétention du personnel afin d'éliminer le temps supplémentaire.

L'équipe contribue à la formation des étudiants qui effectuent des stages de formation dans différents titres d'emploi.

L'évaluation au rendement est variable d'un site à l'autre et l'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour faire les appréciations au rendement.

Différents moyens de communication sont utilisés pour rejoindre le personnel soignant. Notons Facebook, courriel, cahier de communication et un journal de bord personnalisé.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les patients sont pris en charge par une équipe de professionnels compétents, dévoués et dédiés qui ont à cœur le rétablissement de la clientèle. On y retrouve une diversité des talents qui fait la force de l'équipe. L'équipe médicale prend en charge la clientèle dans une approche de globalité. L'équipe professionnelle est supportée par des intensivistes et/ou des internistes dans un contexte de multidisciplinarité. L'accès aux examens diagnostiques, aux laboratoires et aux consultants est facile et rapide en cas d'urgence ou pour assurer le suivi de la condition du patient.

Les locaux sont propres, adéquats et le matériel nécessaire est disponible. Un plan de soins complet est fait et mis à jour régulièrement. Des outils d'évaluation sur la prévention des chutes ou de la prévention des plaies de pression sont bien complétés lors de l'admission. Cependant, une amélioration de l'utilisation des outils selon la politique pourrait être apportée et ce, malgré un suivi qui est fait par le gestionnaire ou le secteur clinique. L'équipe est encouragée à apporter une vigie plus serrée des outils d'évaluation disponibles afin que le suivi respecte les normes établies par l'organisme.

Les patients et les familles se disent satisfaits des soins reçus et de leur qualité. Ils se disent traités avec respect et empathie. Les visites sont permises en tout temps. L'équipe répond aux besoins de la clientèle rapidement afin de régler les problématiques et de répondre à leurs interrogations.

Aux soins intensifs et aux soins coronariens du CHAUR, afin d'assurer un suivi adéquat de la clientèle, des feuilles de travail se trouvent dans les chambres des usagers occasionnant des risques de transmission des infections et de bris de confidentialité. L'équipe est encouragée à réfléchir sur les moyens à prendre pour éviter ces risques potentiels et ce, en partenariat avec la prévention des infections. A Shawinigan, le bilan comparatif des médicaments (BCM) est fait. L'équipe est encouragée à poursuivre sa réflexion sur l'implantation dans tous les sites de soins intensifs du CIUSSS. Aux soins intensifs du CHAUR, la transmission des informations lors du rapport interservice est bien instaurée. Par contre, le rapport interquart est fait de façon orale et écrite. L'équipe aurait intérêt à garder une traçabilité de ces informations transmises lors des points de transition.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Lors de l'admission, un dossier unique est complété par l'ensemble des intervenants pour chaque usager. Des notes d'observation sont rédigées au fur et à mesure des changements dans la condition clinique. Les notes d'observation respectent les règles et les normes professionnelles. Un partage d'information est fait entre les différents professionnels de façon régulière et au besoin selon la situation clinique.

Au CHAUR, l'équipe médicale a accès au dossier patient numérisé pour le volet des visites antérieures. L'organisme est encouragé à poursuivre ses actions afin de rendre disponible l'informatisation des soins pour les cliniciens. Le personnel a accès à l'information clinique et aux différentes politiques via le site intranet du CIUSSS. L'information est facile à repérer grâce à un moteur de recherche. De plus, l'information se retrouve dans certains cahiers sur les unités de soins.

Le personnel s'assure de transmettre l'information aux usagers et/ou leurs familles. Notons l'enseignement à la clientèle de soins coronariens. L'équipe se base sur les données probantes pour offrir des soins optimaux à la clientèle.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe travaille en étroite collaboration.

La pratique professionnelle se base sur les données probantes. L'équipe maintient ses compétences en participant à des activités de formation continue, des colloques ou autres. L'équipe est fière de son travail et soucieuse des résultats positifs obtenus.

L'équipe vise des soins sécuritaires pour la clientèle. Une culture de déclaration des accidents-incidents fait partie des valeurs du personnel et des gestionnaires.

L'équipe a identifié des indicateurs et en fait le suivi régulièrement. La présence de l'usager-ressource à différents comités apporte un apport important pour l'équipe. Celle-ci fait le suivi d'indicateurs cliniques et administratifs qu'elle partage avec l'ensemble du personnel et des équipes médicales.

De plus, des sondages de satisfaction sont faits auprès de la clientèle.

#### Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'équipe est sensibilisée aux dons d'organes. Elle en fait la promotion auprès de la population (par exemple l'activité bonbon-bondon) et des intervenants. Cependant, elle est consciente que les dons d'organes ne peuvent se faire dans leur milieu. La prise en charge des donneurs potentiels est faite aux soins intensifs du CHAUR.

En cas d'identification d'un donneur potentiel, des corridors de services sont connus afin de transférer le donneur dans un centre tertiaire. L'équipe se base sur les politiques et les guides de référence de Québec Transplant pour amorcer les protocoles. L'équipe a intégré un usager-ressource dans le comité dons d'organes, ce qui est identifié comme une plus-value par l'ensemble des intervenants. L'équipe fait des audits et un suivi des indicateurs pour s'assurer que tous les donneurs potentiels ont été identifiés. Un système de garde est disponible lorsqu'un donneur est identifié afin de bien outiller les équipes de travail et surtout de supporter la famille dans la prise de décision.


L'équipe développe actuellement un plan d'action régional afin de répondre aux besoins des usagers et des familles, et ce en collaboration avec l'usager-ressource.




## Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	

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

<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.15 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	

<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec l'utilisateur ou le résident, la famille ou le soignant pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
8.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur ou le résident, la famille, les prestataires de soins ou le soignant (selon le cas) et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2 Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est comparé avec les ordonnances de médicaments rédigées à l'admission, et tous les écarts entre les sources d'information sont décelés, réglés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.3 Les ordonnances établies à l'admission à l'aide du bilan comparatif des médicaments sont utilisées pour produire une liste de médicaments à jour qui est versée dans le dossier de l'utilisateur ou du résident.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.4 Au moment de la réadmission après un séjour dans un autre milieu de soins (p. ex., en soins de courte durée) ou avant la réadmission, les ordonnances de médicaments rédigées au congé sont comparées à la liste des médicaments à jour; tous les écarts entre les deux sont décelés, réglés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	

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

<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>
---

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

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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Les résidents et les proches se disent consultés, impliqués et prennent part aux décisions qui les concernent.

Le comité des résidents du CHSLD de St-Célestin réclame plus de souplesse pour qu'on lui permette de participer au comité milieu de vie opérationnel bien qu'un résident y soit présent.

#### Processus prioritaire : Compétences

La formation destinée aux préposés aux bénéficiaires mentors en soins de fin de vie constitue un facteur important de valorisation pour ces derniers.

La majorité des employés rencontrés considère recevoir suffisamment de formation pour exercer son travail correctement. Toutefois, l'approche non pharmacologique auprès des résidents présentant un syndrome comportemental et psychologique lié à la démence (SCPD) constitue une préoccupation de tous, compte tenu que ce phénomène est en augmentation. Plusieurs employés souhaitent approfondir leurs connaissances à cet effet malgré la formation reçue par certains.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

Lors des rencontres avec les résidents et leurs proches, ces derniers ont témoigné de leur insatisfaction lors des absences d'employés. Il existe une inquiétude exprimée à de nombreuses reprises quant à la sécurité dans ces circonstances seulement. Ils craignent que le CIUSSS n'arrive pas à recruter malgré les efforts. Outre cette situation, l'ensemble des personnes rencontrées est satisfait des soins et services. Plusieurs mentionnent comment le personnel est attentionné et prévoyant.

Le taux d'utilisation des contentions a nettement diminué au cours de la dernière année et témoigne des efforts des équipes cliniques. Certains CHSLD n'utilisent aucune contention en date de la visite.

Un projet pilote visant la diminution de l'utilisation des antipsychotiques a porté fruit. Un transfert des acquis est en train de se réaliser à grande échelle et les mêmes résultats se font sentir dans plusieurs CHSLD.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'organisme prend le soin de demander le consentement de l'utilisateur / proche pour tout type d'activité (soins, affichage, photos, vaccination, etc.).

Le personnel est sensibilisé à l'importance de discuter des questions éthiques en groupe afin de s'assurer que toutes les dimensions d'une problématique ont été prises en compte.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'établissement a mis en place des projets d'amélioration de la qualité de haut niveau.

Un plan d'intervention interdisciplinaire en soins de fin de vie a été mis en place, d'abord dans le réseau territorial de services (RTS) de Trois-Rivières, et ensuite sur tout le territoire. Il comporte plusieurs volets dont la mesure des résultats, de la formation, le développement d'outils, l'utilisation de questionnaires sur l'expérience usager, etc.

Le rôle de préposé accompagnateur a aussi fait l'objet d'une attention particulière.

Un projet de révision et d'harmonisation de la pratique liée à l'utilisation des mesures de contrôle a été réalisé. Il a permis de faire passer la moyenne régionale de 17,51 % à la période 01 de 2015-2016 à 3,43 % à la période 13 de 2016-2017.

## Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	

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

<b>Processus prioritaire : Compétences</b>
--

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

<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>
---

9.5 Au moment de prescrire un médicament, l'équipe établit le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.



<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>
---

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

<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>
---

15.1 Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.



15.2 Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.



<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>
---

<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>
--

Les GMF-U du CIUSSS MCQ sont des milieux de soins bien structurés. L'offre de service est présentée selon cinq volets : la faculté de médecine, les résidents et les stagiaires, les superviseurs et les chefs médicaux, la direction du CIUSSS et les usagers. Les milieux sont accessibles et sécuritaires. Le modèle de cogestion est présent. Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont bien définis.

La présence de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au site de Trois-Rivières est à souligner. Il a été remarqué l'intégration d'infirmières auxiliaires dans les milieux visités, d'un pharmacien et d'un agent d'amélioration continue de la qualité.

La présence d'utilisateur-ressource est en démarrage sous forme de projet-pilote à Trois-Rivières et pourra être mis en place dans les autres GMF-U.

La collaboration avec les universités de Sherbrooke et Montréal est présente. L'université du Québec à Trois-Rivières est un partenaire pour les stages professionnels.

Nous encourageons la direction à poursuivre dans le même sens et à relever les défis importants de gestion de la croissance dans ces milieux.

#### Processus prioritaire : Compétences

La formation et le perfectionnement sont au cœur de ces milieux de travail. Les titres de compétences du personnel sont vérifiés. Il existe des profils de postes qui définissent les rôles, les responsabilités et les champs de compétences. L'orientation des nouveaux employés est bien appliquée. Le rendement de chaque membre du personnel clinique est évalué régulièrement par le gestionnaire. L'équipe travaille en collaboration avec l'utilisateur et l'hôpital en vue d'éviter le recours à l'urgence.

À la lumière de ce qui précède, la direction est invitée à poursuivre dans le même sens et à actualiser ses projets d'harmonisation des pratiques.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

La clientèle témoigne de l'accessibilité de la clinique, du respect des heures des rendez-vous et de l'accueil par le personnel. Il est noté un lien de confiance entre les médecins et l'équipe. L'information est recueillie pour chaque usager. La capacité de l'utilisateur à participer est prise en considération. L'équipe s'assure que l'utilisateur comprenne bien l'information concernant les soins. L'utilisateur a l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'il reçoit. Le suivi des résultats d'épreuves diagnostiques est fait en temps opportun. Le développement de l'interdisciplinarité représente un enjeu bien réel pour ces milieux. La direction aura à se pencher sur la mise en place du bilan comparatif des médicaments.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

Le dossier médical électronique est récemment implanté en complément au dossier clinique informatisé dans les milieux visités. La numérisation de l'ensemble des dossiers des usagers est en cours au site Shawinigan. Ce dossier est exact, à jour et complet pour chaque usager.


Le consentement de l'utilisateur méritera une attention au site de Shawinigan. Le recueil d'une série de renseignements standards sur la santé assure l'uniformité des dossiers des usagers.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les GMF-U du CIUSSS MCQ sont des milieux où les meilleures pratiques sont les standards. Des indicateurs de mesure sont en place. À ce titre, un taux d'assiduité supérieur à 80% est maintenu et une augmentation de 40 % des usagers depuis les 18 derniers mois est constatée.

En ce qui concerne la sécurité, la direction aura à adopter une approche proactive et prédictive en vue de cerner tous les risques pour la sécurité des usagers.

## Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
4.1 Thérapie systémique seulement : Des instructions claires et faciles à suivre sont apposées sur toutes les pompes à perfusion.	!
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
8.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
15.5 Soins en milieu hospitalier seulement : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
15.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
15.5.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
15.5.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
15.5.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	<b>PRINCIPAL</b>
15.5.5 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	<b>PRINCIPAL</b>

<p>15.6 Soins en consultation externe seulement : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p>	
<p>15.6.1 Les types d'usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi sont précisés et consignés.</p>	<p><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>15.6.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, la fréquence à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments est précisée et consignée.</p>	<p><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>15.6.3 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><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>15.6.4 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p>	<p><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>15.6.5 Les écarts entre les sources d'information sur les médicaments sont réglés en partenariat avec l'usager et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.</p>	<p><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>15.6.6 Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et conservée dans le dossier de l'usager.</p>	<p><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>15.6.7 L'usager et le prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre à la fin des services.</p>	<p><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>15.7 Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	
<p>15.7.3 L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.</p>	<p><b>PRINCIPAL</b></p>

15.7.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
15.7.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
18.5	Lorsque des membres de l'équipe doivent effectuer des tâches critiques qui exigent de la concentration, les distractions environnantes sont réduites.	
20.3	Thérapie systémique seulement : Une double vérification indépendante de la dose et de la vitesse d'administration des pompes à perfusion est effectuée avant l'administration.	!

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

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

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Des rencontres cliniques sur l'état de santé des clients sont effectuées de façon systématique lors de la tenue de rencontres interdisciplinaires.

Les services de radiothérapie sont offerts aux usagers de la région, tandis que ceux de la clinique externe d'hémato-oncologie sont destinés à la clientèle du réseau local. Des bénévoles et stagiaires sont intégrés à l'équipe.

On encourage l'organisme à maintenir une surveillance proactive de l'occupation de ses services et des délais d'attente afin de planifier l'expansion de ceux-ci en fonction des besoins de la population desservie.

##### Processus prioritaire : Compétences

L'approche multidisciplinaire et collaborative est propice à la prestation de soins optimaux pour les patients. L'équipe interdisciplinaire se compose de différents professionnels dont les rôles et les responsabilités sont clairs et bien définis.

Les rencontres d'équipe régulière favorisent l'échange d'information et la complémentarité.



On encourage la gestionnaire à mettre en place un cycle d'évaluation périodique et systématique de la performance de tous les membres de l'équipe.

#### **Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les sites du Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR), de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et de l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie ont été visités pour ce processus prioritaire.

La visite s'est déroulée dans plusieurs secteurs qui composent le continuum de service en thérapie systémique contre le cancer : les secteurs d'hémo-oncologie, de radio-oncologie, l'unité d'hospitalisation qui possède 10 lits dédiés d'hémo-oncologie, dont 6 chambres à pression positive pour les usagers en neutropénies et les lits de soins palliatifs.

Les infirmières pivots sont accessibles et assurent la liaison entre les différents intervenants au cours du continuum de services. La manipulation de produit dangereux fait l'objet de lignes de conduite rigoureuses et connues.

Il existe un comité d'assurance qualité en radiothérapie et un comité d'analyse de risque. Une personne est désignée responsable de la radioprotection en radio-oncologie.

L'information sur le calendrier d'entretien des appareils en radiothérapie (accélérateur, scan et curiethérapie) est fournie aux usagers et aux familles.

Les usagers rencontrés se disent satisfaits des soins et services dispensés. La relation avec chaque usager des services d'oncologie est ouverte, transparente et respectueuse.

On encourage l'organisme à poursuivre les projets d'amélioration entourant l'optimisation du parcours thérapeutique des services d'oncologie.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Tous les critères de ce processus prioritaire sont conformes. La trajectoire en cancérologie pulmonaire est clairement bien définie. L'offre de service est influencée par les données probantes et les lignes directrices à jour. Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille. L'utilisation du dossier informatisé facilite l'échange d'information. Des activités de recherches conformes aux normes et acceptées par le comité d'éthique à la recherche ont lieu. L'organisme est encouragé à poursuivre le déploiement du projet pilote avec l'usager ressource dans tous les cliniques d'hémo-oncologie du CIUSSS MCQ.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Les résultats des projets d'amélioration de la performance sont suivis de façon rigoureuse et diffusés tant aux membres du personnel qu'aux usagers et familles. Des indicateurs de qualité et de performance sont évalués et suivis dans chaque secteur du continuum de soins en cancérologie.

L'équipe effectue la déclaration d'incidents et d'accidents en conformité avec les politiques et procédures de l'organisme.

Une infirmière clinicienne en cancérologie s'assure que toutes les normes de la Direction générale de cancérologie du MSSS soient appliquées.

On encourage l'organisme à définir, avec l'apport des usagers, les besoins de formation et le perfectionnement que doivent détenir les professionnels.

#### **Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Les protocoles de traitement de chimiothérapie sont standardisés et harmonisés dans chaque clinique d'hémo-oncologie du CIUSSS, ce qui facilite le travail et permet une uniformité des pratiques. Il y a une grande utilisation de formulaires d'ordonnance pré imprimés.

## Ensemble de normes : Transfusions - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	
2.1 L'équipe établit des buts et effectue un suivi des délais de réponse pour les demandes de services transfusionnels non urgentes, urgentes et très urgentes.	!
8.2 L'équipe vérifie et consigne régulièrement les conditions ambiantes à l'intérieur du laboratoire, y compris la température et les taux d'humidité.	
21.2 L'équipe qui a émis l'ordonnance fournit de l'information au receveur, ce qui comprend une description du composant sanguin ou du produit sanguin, des risques et des avantages associés à la transfusion et des autres options qui s'offrent à lui, ainsi qu'une description des risques et avantages qui s'y rattachent.	!
21.3 Il existe une procédure pour informer les receveurs sur les produits sanguins qu'ils ont reçus et qui comprend l'ajout d'une note au dossier de l'utilisateur.	!
21.4 L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.	!
22.3 Immédiatement avant la transfusion, et en présence du receveur, l'équipe vérifie si les composants sanguins et les produits sanguins correspondent à l'étiquette de compatibilité et si tous les renseignements permettant d'identifier le receveur correspondent à ceux du composant sanguin ou du produit sanguin, et elle consigne cette information.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	

Le laboratoire de médecine transfusionnelle du CIUSSS MCQ assure des services de qualité et surtout de sécurité aux usagers. Cette qualité des services est assurée par un personnel très compétent, dédié et dynamique. Le service est supporté par une jeune équipe de chargée transfusionnelle technique et clinique qui est encadrée par un directeur de département expérimenté. L'arrivée d'une autre hémato-oncologue apporte de nouvelles idées et assure la relève. Les deux hémato-oncologues sont très dévoués et très impliqués pour assurer le bon fonctionnement et améliorer la qualité des services offerts.

Beaucoup d'efforts et de travail ont été consacrés au consentement éclairé à la transfusion, cependant, il n'est pas toujours respecté. Plus de formation et d'information devront être faites et d'autres mesures

devront être explorées afin de trouver un processus ou un mécanisme qui assurera que le consentement soit complété. Il faudra valider si le déploiement du nouveau formulaire augmentera le niveau de conformité.

Les traceurs sur les unités de soins ont démontré qu'une surveillance de l'utilisateur durant les 15 premières minutes de la transfusion a été faite, ce qui accroît la sécurité de l'utilisateur. Certaines pratiques à risque élevé pour la sécurité des usagers devront être adressées le plus rapidement possible notamment la vérification des documents avec le produit sanguin labile qui doit être effectuée au chevet du patient et non au poste des infirmières. Il faudra aussi trouver un mécanisme pour assurer la distribution des dépliants `Réponse à vos questions` à tous les usagers. La pratique semble être bien instaurée à Drummondville, elle devra être renforcée dans les autres services. L'information remise aux receveurs vise à les informer des produits sanguins qu'ils ont reçus et s'accompagne de l'ajout d'une note au dossier de l'utilisateur. Cela est très bien appliqué à Trois-Rivières, il faudra étendre cette pratique aux autres services du CIUSSS.

Le programme de formation et le suivi de l'évaluation des compétences est très bien instauré et suivi dans les sites de Trois-Rivières et de Drummondville. Cela garantit la compétence des technologues et diminue ainsi le risque pour l'utilisateur.



Le suivi des délais de réponse pour les demandes de services transfusionnels non urgentes, urgentes et très urgentes est très bien instauré à Drummondville mais reste à déployer dans le reste du CIUSSS.

Le comité transfusionnel est très actif et apporte des changements afin d'améliorer la qualité et les services. Il est à noter que le personnel de Drummondville participe au comité de trauma de l'établissement qui a apporté des changements majeurs et a eu un impact très positif pour améliorer les services, assurer une plus grande sécurité au patient et apporter une visibilité du laboratoire avec les autres services de l'établissement. Il serait très intéressant que le laboratoire participe à d'autres comités qui utilisent les services de médecine transfusionnelle.

Les équipements sont très bien maintenus et à jour. Les températures des frigidaires et congélateurs sont très bien surveillées et le système est bien implanté. Afin d'assurer le bon fonctionnement des équipements et l'entreposage des produits sanguins labiles entreposés à la température de la pièce, le taux d'humidité et la température ambiante doivent être surveillés et consignés. Suite à une étude approfondie du système de transport des prélèvements, des investissements et de la standardisation ont été faits pour que la qualité des prélèvements soit maintenue durant tout le trajet.

## Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.6 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.	!
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.1 Les entrées du service des urgences sont clairement indiquées et accessibles.	!
9.9 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
9.10 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
<p>10.5 En partenariat avec les usagers, familles ou soignants, l'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'utilisateurs non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).</p> <p>10.5.1 L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.</p> <p>10.5.2 Les critères pour un groupe cible d'utilisateurs non admis qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments sont déterminés et les raisons expliquant le choix de ces critères sont consignées.</p>	<p>POR</p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>

10.5.3	Quand des ajustements sont apportés aux médicaments d'usagers non admis du groupe cible, un MSTP est produit en partenariat avec les usagers, familles ou soignants et l'information est consignée.	PRINCIPAL
10.5.4	Pour les usagers non admis du groupe cible, les changements apportés aux médicaments sont communiqués au prestataire de soins primaires.	PRINCIPAL
10.6	Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
10.6.1	Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	PRINCIPAL
10.6.2	L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
10.6.3	L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
10.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
10.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
12.6	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	
12.6.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	PRINCIPAL
12.8	Les usagers qui ont une maladie infectieuse ou chez qui l'on soupçonne une maladie infectieuse sont identifiés, isolés et pris en charge.	!

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

14.3 Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur l'utilisateur, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.

!

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

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

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

Le projet Vitrine pour l'organisation des services des secteurs de l'urgence est un gros défi pour l'équipe en termes d'intégration des nouvelles pratiques cliniques et de gestion, notamment la cogestion.

De nombreux éléments sont en place permettant une connaissance fine de la population qui consulte à l'urgence et des spécificités de la consultation. À titre d'exemple, le portrait de la clientèle ambulatoire P4-P5 permet de mieux orienter cette clientèle afin de lui offrir des soins appropriés à sa condition.

Le flot d'arrivée des patients par ambulance, les particularités des urgences, notamment les centres Cloutier-du Rivage, Fortierville et Haut-Saint-Maurice, sont des défis majeurs pour le leadership clinique tout en conservant les spécificités locales.

L'équipe s'est donnée les outils nécessaires pour bien cerner les éléments d'amélioration. La mise en action des processus d'amélioration est amorcée et sera à poursuivre.

À l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska :

- L'environnement physique ne répond plus au besoin d'une urgence avec un tel achalandage. La prestation des soins pourrait devenir problématique.
- Du matériel propre se retrouve dans l'unité souillée. L'établissement est encouragé à trouver des solutions à court terme pour ce problème.
- Le tableau informatif dans la salle d'attente est un plus pour impliquer le client dans son processus d'autonomisation.

**Processus prioritaire : Compétences**

On retrouve dans l'équipe une communication fluide, des discussions d'enjeux éthiques et toute une atmosphère favorisant le travail interdisciplinaire.

L'équipe dispose de profils de fonction qui définissent les qualifications, les rôles, les responsabilités et les champs d'exercices de ses membres.

Un registre des formations est en place, incluant le suivi des formations qui sont prévues périodiquement pour l'ensemble du personnel.

La formation pour le nouvel employé en soins infirmiers est bien étoffé, encadré et standardisé.

Dans l'ensemble, les services d'urgence peuvent compter sur l'expertise de ressources humaines compétentes et engagées qui bénéficient d'un encadrement clinique de qualité.

Un processus d'orientation structuré permet de s'assurer que les connaissances des ressources nécessaires à l'offre sécuritaire des soins aux usagers sont acquises.

Par ailleurs, de la formation, dont celle reliée aux pompes à perfusion, et du perfectionnement sont offerts régulièrement aux membres de l'équipe afin de maintenir à jour leurs connaissances.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne est une priorité pour l'établissement. La gestion est une fierté de l'établissement et contribue notamment à la gestion participative.

L'ensemble des services visités utilise un outil de triage informatisé. Le triage en trois volets : regard rapide, évaluation brève et évaluation complète, est un pas de plus vers la qualité et la sécurité.

La réévaluation selon les standards reconnus pour la clientèle en attente aux urgences avec une priorité de triage P3, P4 ou P5 n'est pas assurée dans les temps requis dans les services.

Bien que les liens avec les services ambulanciers soient déjà bien établis, l'équipe souhaite poursuivre la démarche dans un partenariat de gestion qui favoriserait le transfert ambulancier de l'usager dans le service médical d'urgence le plus approprié pour sa condition.

Concernant le bilan comparatif du médicament, au mieux le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est réalisé mais dans certains milieux seulement.

Des efforts sont à poursuivre pour bien recueillir et communiquer des informations précises concernant la médication du patient, notamment les médicaments en vente libre, les produits dits naturels, les vitamines et les suppléments.

Concernant la prévention des chutes, la mise en place de l'approche retenue dans l'organisme n'est pas terminée dans tous les services d'urgence. La poursuite et le suivi de son implantation demeurent une priorité et un défi pour l'organisme.

Il est important de s'assurer que le matériel, incluant les otoscopes et les ophtalmoscopes, soit fonctionnel. Et ce surtout dans les salles de réanimation.

Un consentement écrit n'est pas toujours obtenu et consigné avant la prestation des services.

Plusieurs outils d'évaluation normalisée sont utilisés durant le processus d'évaluation.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Le personnel a accès à l'information et utilise les technologies et les systèmes d'information pour accéder aux données probantes et aux guides de pratiques.



Les systèmes d'information clinique et de gestion sont appréciés des utilisateurs.

Les dossiers consultés sont complets. Il est facile de suivre le cheminement de l'épisode de soins.

Chaque usager présent dans ces services possède un dossier à jour et complet qui comprend une série de renseignements standards sur sa santé.

Les usagers et les familles participent à la collecte d'informations recueillies dans leurs dossiers. Les intervenants respectent les politiques et les procédures entourant l'utilisation du dossier, le partage d'information sur l'usager ainsi que la tenue de dossier.

Pour ce faire, de la formation et du perfectionnement sont offerts.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Félicitations, l'équipe a recueilli de l'information et des commentaires auprès des patients, des familles, du personnel, des prestataires de services, des responsables de l'organisme sur la qualité de ses services afin d'orienter ses projets d'amélioration de la qualité. L'équipe a aussi utilisé l'information et les commentaires recueillis pour cerner les possibilités de mener des projets d'amélioration de la qualité.

L'apport des usagers, des partenaires et des familles, pour des éléments de planification, d'organisation des services et la participation active dans l'épisode de soins, est bien amorcée.

Les efforts sont à poursuivre si l'équipe de la Direction des services ambulatoires et des soins critiques (DSASC) veut devenir, comme elle le désire, la référence au Québec. Ces efforts sont à poursuivre notamment pour le choix des lignes directrices en lien avec l'expérience de soins et services vécue par l'usager.

L'apport des usagers, des familles et des partenaires est encore requis dans des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services et de soins.

L'approche collaborative avec les usagers est débutée, mais n'est pas rendue à ce niveau.

Concernant le critère «la procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires », il est à noter que l'apport des usagers et des familles se fait centralement et non dans chacune des urgences. Cependant, les résultats qui en découlent sont diffusés aux intervenants concernés.

#### **Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

Les milieux visités sont sensibilisés au processus entourant le don d'organes et de tissus.

Des affiches et des aide-mémoires sont présents et placés stratégiquement pour un accès rapide.

Une collaboration étroite de l'équipe du service des urgences avec les soins intensifs et Transplant Québec facilite le processus.

L'équipe est bien informée de tout le dossier de don d'organes et de tissus.

## Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

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

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

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

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

- **Période de collecte de données : 12 avril 2017 au 28 avril 2017**
- **Nombre de réponses : 13**

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	54	8	38	72
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	8	8	85	81

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	8	92	94
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	96
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	8	92	95
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	31	8	62	64
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	8	92	91
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	95
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	8	92	92
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	97
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	95
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	99
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	0	17	83	76
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	15	85	69

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	80
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	0	23	77	62
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	85
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	54	23	23	50
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	8	8	85	84
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	8	0	92	95
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	23	15	62	78
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	90
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	8	8	83	88
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	75	8	17	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	9	9	82	88
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	93

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	15	15	69	93
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	9	36	55	88
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	40	0	60	89

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

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	8	33	58	81
34. La qualité des soins	0	17	83	82

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

## Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

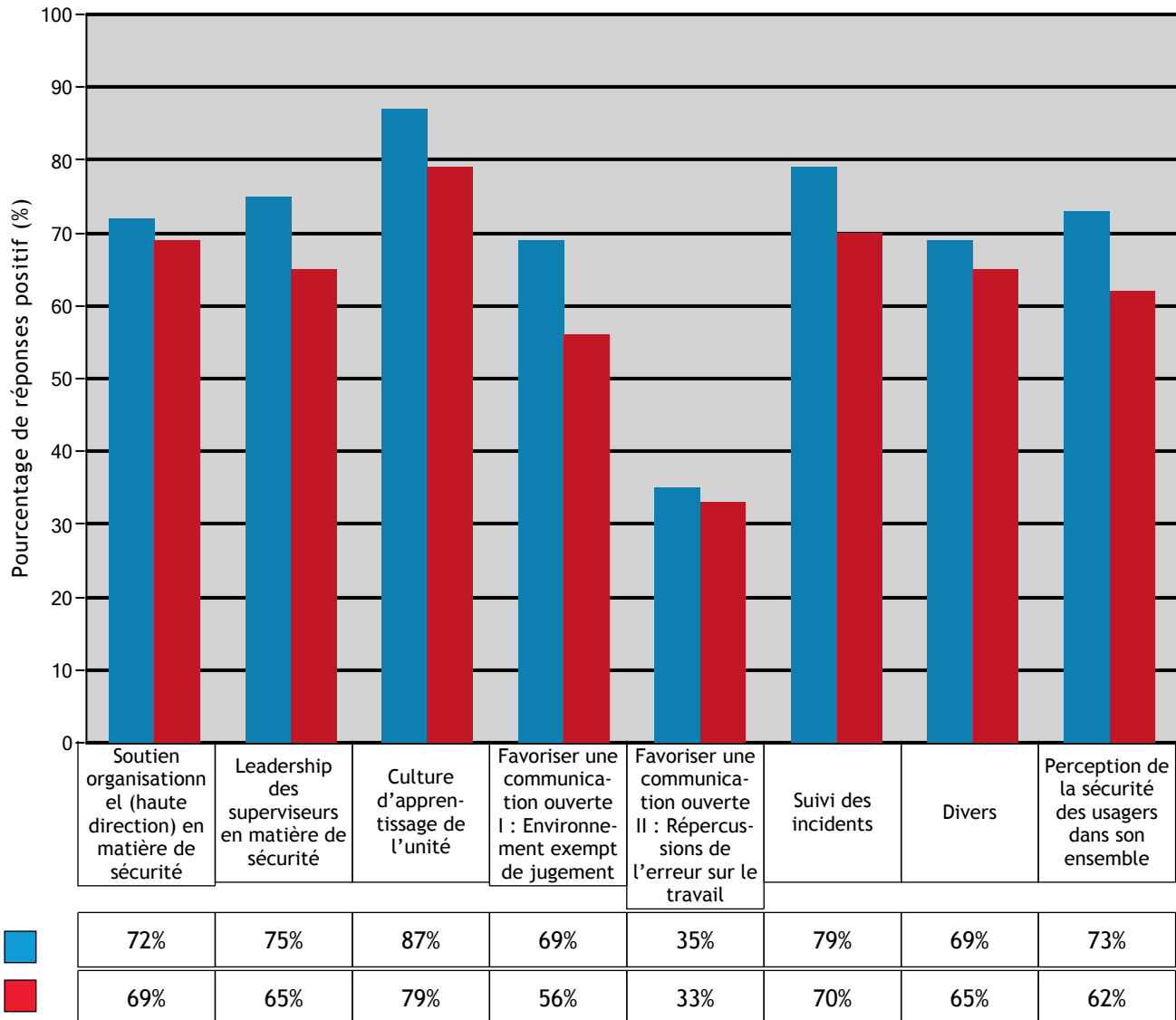
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 31 mars 2017 au 28 avril 2017**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 369**
- **Nombre de réponses : 1022**

**Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers**



**Légende**

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.



## Commentaires de l'organisme

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

D'entrée de jeu, je tiens à souligner notre grande fierté à l'égard des résultats de notre première visite d'agrément qui témoignent de notre engagement à rendre des soins et services performants qui sont de qualité, sécuritaires, accessibles, efficaces et pertinents, dans un environnement de travail sain.

Dès la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec le 1er avril 2015, la direction s'est notamment inspirée des normes d'agrément comme levier stratégique à l'intégration clinique et administrative. Les membres du conseil d'administration ont aussi pris l'engagement de créer de la valeur par leurs questionnements et en s'assurant que les décisions et orientations prises soient en cohérence avec notre vision et nos valeurs organisationnelles.

Les gestionnaires, les intervenants, les médecins, les bénévoles et tous les partenaires ont mis l'épaule à la roue afin d'actualiser notre vision de créer, par un leadership collectif, un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Nos comités des usagers et nos usagers ressources ont aussi été une source d'inspiration importante à tous les niveaux de la gouvernance pour nous conduire à faire mieux, toujours mieux, au bénéfice de l'expérience usagers. Toutes nos actions sont donc orientées vers l'ultime objectif de notre « Vrai nord » qui consiste à faire vivre à nos usagers la meilleure expérience de soins et services possible. La visite d'agrément, qui s'est déroulée du 23 au 27 octobre 2017, a permis aux visiteurs de constater nos engagements envers notre population et nos usagers. Cette visite ne constitue pas une fin en soi. C'est au contraire, une étape importante qui nous permet de constater le chemin parcouru dans notre plan d'intégration et de définir les actions à entreprendre pour consolider nos forces et continuer à s'améliorer.

En terminant, au nom du conseil d'administration et des dirigeants, nous remercions vivement tous nos usagers, notre personnel, nos médecins ainsi que tous nos partenaires. En participant activement au développement de notre organisation, vous êtes notre force motrice.

Merci!

Martin Beaumont

Président-directeur général

## Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 15 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

Tout au long du cycle de quatre 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. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

### Évaluation des preuves et amélioration continue

Cinq mois après la visite, Agrément Canada évalue les preuves transmises par l'organisme. Si ces preuves démontrent qu'il y a maintenant conformité à un pourcentage suffisant de critères qui n'étaient pas respectés auparavant, un nouveau type d'agrément pourrait être attribué pour tenir compte des progrès de l'organisme.

## Annexe B - Processus prioritaires

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

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

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

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

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

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

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