



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

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

Trois-Rivières, QC

Dates de la visite d'agrément : 8 au 13 avril 2018

Date de production du rapport : 14 mai 2018

## Au sujet du rapport

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la 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 avril 2018. 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 en agrément.

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	12
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>15</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>16</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	17
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	17
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	18
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	20
Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	21
Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population - Intégration horizontale des soins	21
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	23
Ensemble de normes : Aide à l'enfance - Secteur ou service	24
Ensemble de normes : Déficits sur le plan du développement - Secteur ou service	28
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	30
Ensemble de normes : Obstétrique - Secteur ou service	32
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	36
Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques - Secteur ou service	38
Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Services de laboratoires - Secteur ou service	43
Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service	47
Ensemble de normes : Santé communautaire - Secteur ou service	52
Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service	55
Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service	58
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	62

Ensemble de normes : Services de traitement des dépendances - Secteur ou service	66
Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation - Secteur ou service	71
<b>Commentaires de l'organisme</b>	76
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	77
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	78

## Sommaire

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la 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'usager. 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

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a obtenu le type d'agrément qui suit.

### 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 : 8 au 13 avril 2018**

- **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 Bonaventure
2. Centre Arc-en-Ciel
3. Centre Christ-Roi
4. Centre d'hébergement Cooke
5. Centre d'hébergement du Roseau
6. Centre d'activités de jour Defoye
7. Centre d'activités de jour Girouard
8. Centre de réadaptation en déficience physique de Victoriaville
9. Centre de réadaptation en déficience physique Jacques-De Labadie
10. Centre de réadaptation en dépendance de Pointe-du-Lac
11. Centre de services du Haut-Saint-Maurice
12. Centre Filles de la Sagesse
13. Centre hospitalier affilié universitaire régional
14. Centre régional de santé mentale
15. Centre St-Joseph
16. CLSC de l'Érable
17. CLSC Drummond
18. CLSC du Centre-de-la-Mauricie
19. CLSC Saint-Tite
20. CLSC Sainte-Geneviève-de-Batiscan
21. CLSC Suzor-Coté
22. Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
23. Hôpital Sainte-Croix
24. Hôtel-Dieu d'Arthabaska

25. Service Intervention Intensive
26. Services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur far Centre administratif
27. Services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur far Centre de réadaptation Laforest
28. Services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur far La Tuque
29. Services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur far Shawinigan
30. Services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation et leur far Victoriaville
31. Services de réadaptation en dépendance - Bécancour
32. Services de réadaptation en dépendance - Drummondville
33. Services de réadaptation en dépendance - Nicolet
34. Services de réadaptation et de dépendance - St-Tite
35. Services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme- Institut Universitaire - Bécancour
36. Services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme- Institut Universitaire - Drummondville
37. Services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme- Institut Universitaire - Shawinigan
38. Services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme- Institut Universitaire - Victoriaville
39. Services externes de réadaptation en déficience physique - Drummondville
40. Services externes de réadaptation en déficience physique- Shawinigan
41. Services internes et externes de réadaptation en déficience physique - Sainte-Marguerite

• **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. Prévention et contrôle des infections

***Normes portant sur des populations spécifiques***

3. Santé et bien-être de la population











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

4. Aide à l'enfance - Normes sur l'excellence des services
5. Déficits sur le plan du développement - Normes sur l'excellence des services
6. Obstétrique - Normes sur l'excellence des services
7. Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques - Normes sur l'excellence des services
8. Procréation médicalement assistée (PMA) – Services de laboratoires - Normes sur l'excellence des services
9. Réadaptation - Normes sur l'excellence des services
10. Santé communautaire - Normes sur l'excellence des services
11. Santé mentale - Normes sur l'excellence des services
12. Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Normes sur l'excellence des services
13. Santé publique - Normes sur l'excellence des services
14. Services de traitement des dépendances - Normes sur l'excellence des services
15. Unité d'hospitalisation - Normes sur l'excellence des services

## 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.)	83	2	3	88
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	98	1	8	107
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	274	26	125	425
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	92	9	5	106
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	398	11	13	422
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	81	1	1	83
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	605	41	102	748
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	16	1	2	19
<b>Total</b>	<b>1647</b>	<b>92</b>	<b>259</b>	<b>1998</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
Prévention et contrôle des infections	7 (100,0%)	0 (0,0%)	60	0 (0,0%)	1 (100,0%)	36	7 (87,5%)	1 (12,5%)	96
Gestion des médicaments	16 (84,2%)	3 (15,8%)	59	8 (88,9%)	1 (11,1%)	55	24 (85,7%)	4 (14,3%)	114
Santé et bien-être de la population	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	34 (97,1%)	1 (2,9%)	0	38 (97,4%)	1 (2,6%)	0
Aide à l'enfance	50 (92,6%)	4 (7,4%)	0	82 (98,8%)	1 (1,2%)	0	132 (96,4%)	5 (3,6%)	0
Déficits sur le plan du développement	42 (84,0%)	8 (16,0%)	2	82 (98,8%)	1 (1,2%)	1	124 (93,2%)	9 (6,8%)	3
Obstétrique	70 (98,6%)	1 (1,4%)	2	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0	158 (99,4%)	1 (0,6%)	2
Procréation médicalement assistée (PMA) - Services cliniques	49 (87,5%)	7 (12,5%)	5	103 (88,8%)	13 (11,2%)	7	152 (88,4%)	20 (11,6%)	12

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
Procréation médicalement assistée (PMA) - Services de laboratoires	54 (91,5%)	5 (8,5%)	1	61 (88,4%)	8 (11,6%)	2	115 (89,8%)	13 (10,2%)	3
Réadaptation	38 (86,4%)	6 (13,6%)	1	72 (94,7%)	4 (5,3%)	4	110 (91,7%)	10 (8,3%)	5
Santé communautaire	41 (97,6%)	1 (2,4%)	1	80 (100,0%)	0 (0,0%)	0	121 (99,2%)	1 (0,8%)	1
Santé mentale	49 (98,0%)	1 (2,0%)	0	87 (95,6%)	4 (4,4%)	1	136 (96,5%)	5 (3,5%)	1
Santé mentale - Services communautaires et soutien offert aux usagers	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	94 (100,0%)	0 (0,0%)	0	138 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Santé publique	42 (95,5%)	2 (4,5%)	3	61 (91,0%)	6 (9,0%)	2	103 (92,8%)	8 (7,2%)	5
Services de traitement des dépendances	41 (93,2%)	3 (6,8%)	1	78 (95,1%)	4 (4,9%)	0	119 (94,4%)	7 (5,6%)	1
Unité d'hospitalisation	57 (98,3%)	1 (1,7%)	2	83 (100,0%)	0 (0,0%)	2	140 (99,3%)	1 (0,7%)	4
<b>Total</b>	<b>604 (93,5%)</b>	<b>42 (6,5%)</b>	<b>137</b>	<b>1013 (95,8%)</b>	<b>44 (4,2%)</b>	<b>110</b>	<b>1617 (95,0%)</b>	<b>86 (5,0%)</b>	<b>247</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 : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Obstétrique)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de traitement des dépendances)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Identification des usagers (Obstétrique)	Non Conforme	0 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 (Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services de traitement des dépendances)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Unité d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Liste de contrôle d'une chirurgie (Obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Obstétrique)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Santé mentale)	Conforme	4 sur 4	1 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 (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de traitement des dépendances)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Formation sur les pompes à perfusion (Obstétrique)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Santé mentale)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Unité d'hospitalisation)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques)	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 : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Unité d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Aide à l'enfance)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Services de traitement des dépendances)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Stratégie de prévention des chutes (Obstétrique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Santé mentale)	Non Conforme	1 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Unité d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2



## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la visite de 2e cycle prévue au processus permanent d'amélioration de la qualité du programme Qmentum d'Agrément Canada.

Le conseil d'administration a fait de la qualité et de la sécurité une priorité et la participation de l'utilisateur est au cœur des stratégies de l'organisation.

Différents moyens ont été progressivement mis en place en cours d'année pour soutenir la transformation dont le modèle de participation de l'utilisateur et le modèle de gestion de la performance. L'organisation est félicitée pour la conduite des travaux visant l'élaboration du cadre de référence à l'implantation du modèle de participation de l'utilisateur qui s'inscrit dans une vision intégrée de la participation de l'utilisateur à tous les niveaux de la gouvernance. L'organisation devra également s'assurer de la capacité et de la maturité des équipes à intégrer des utilisateurs dans des projets concernant les trajectoires de soins et services afin d'en assurer le succès.

On note cependant que les membres des comités d'utilisateurs sont en forte réaction négative au programme usager partenaire et revendique la compétence exclusive en ce domaine. L'organisation devra poursuivre ses efforts afin de recentrer les comités d'utilisateurs sur le rôle qui leur est dévolu. Le rôle et les activités des comités d'utilisateurs devraient par ailleurs être valorisés et faire l'objet d'une campagne de promotion.

Les relations avec les partenaires sont excellentes et l'établissement est un acteur dynamique des Réseaux Locaux de Services. Les partenaires que nous avons contactés nous ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard de la collaboration et des relations avec les équipes de l'établissement. Quelques partenaires nous ont par ailleurs souligné le souhait d'une plus grande participation à des activités conjointes de mises à jour des connaissances et de partage des meilleures pratiques.

Plusieurs des installations présentent un niveau d'encombrement élevé. Des corridors servent à des fins d'entreposage de matériel et d'équipements et des dépôts d'entreposage sont encombrés. Les murs sont tapissés d'un trop grand nombre d'affiches et de communications. Certaines unités de soins, dont l'unité de psychiatrie du CHAUR, nécessiteraient d'être rafraichies ( peinture et éclairage ) et certains correctifs devraient être prioritairement effectués pour assurer la sécurité des patients.

Sur le plan de l'hygiène et de la salubrité, les installations du Centre Hospitalier Affilié Universitaire Régional ( CHAUR ) nécessiteraient d'être mises à niveau.

Nous félicitons tout particulièrement l'équipe de la Direction du programme jeunesse-famille ( DPJF ) pour l'élaboration de la trajectoire de soins " troubles du comportement " et le développement d'un tableau de bord de suivi clinique pour l'élaboration du suivi informatisation dans l'outil de gestion Kronos, lequel documente toutes les actions des professionnels au cours de la trajectoire de soins.

Nous avons constaté une amélioration notable de la fluidité des trajectoires de soins et services et des corridors de services avec les autres établissements et organismes de santé. Malgré la distance entre les sites, on observe une gestion de proximité par les gestionnaires. Ceux-ci font preuve de créativité pour se rendre disponible auprès de leurs équipes.

Nous invitons l'équipe à poursuivre leur travaux visant l'élaboration des trajectoires de la femme enceinte.

Sur le plan éthique, la composition du comité d'éthique clinique organisationnelle (CECO) comprend la participation de professionnels des différents secteurs des programmes de soins et services, d'utilisateurs-ressources et de représentants du comité d'utilisateurs. Le comité a rédigé un guide de délibérations éthiques et entreprend la formation de près de 160 professionnels pour habiliter des animateurs et structurer les décisions dans le cadre des réflexions éthiques au sein des équipes.

Nous félicitons également l'établissement pour ses efforts visant à associer les médecins à la gestion et à la revue des processus et des pratiques cliniques. Nous avons également constaté une grande collaboration médico-professionnelle. Le projet de cogestion médicale est en soit une initiative structurante qui doit être consolidée.

Les équipes ont à leur actif plusieurs réalisations qui vont au-delà des résultats attendus et sont dignes de mention. Parmi celles-ci notons :

- le déploiement de la procédure concernant la présence du proche aidant sur les unités de soins de courte durée et les urgences;
- la mise en place d'une salle de pilotage stratégique, le déploiement des salles de pilotage au niveau tactique et l'amorce des travaux pour le déploiement des salles de pilotages opérationnelles;
- le développement de partenariats solides avec les organismes de la région;
- la démarche d'accompagnement et de réflexion intitulée " Et si je faisais le point avec mes valeurs ", offerte aux membres de l'équipe médicale en lien avec le " programme d'aide à mourir".

Finalement, le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec fait également face à certains défis :

- implanter le Bilan Comparatif des Médicaments ( BCM ) et s'assurer de l'implication de tous les professionnels, incluant les médecins et les infirmières;
- assurer le suivi et la rétroaction des projets concernant la participation de l'utilisateur et l'intégration des proches aidants sur les unités de courte durée et à l'urgence;
- assurer le recrutement et la rétention du personnel. On note par ailleurs, les stratégies de recrutement et de rétention, la gestion efficace des ressources, la fidélisation, le développement des compétences et le soutien à la relève des cadres qui sont des exemples probants de l'attention accordée par l'équipe de gestion à cette problématique ;
- supporter le comité multidisciplinaire dans l'application de son mandat ainsi que son rayonnement;
- faciliter le processus d'approbation des protocoles et des règles de soins.

## 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>Identification des usagers</b> En partenariat avec les usagères et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usagère reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Obstétrique 9.2</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Obstétrique 8.5</li> <li>· Services de traitement des dépendances 8.5</li> <li>· Unité d'hospitalisation 9.7</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b> Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Obstétrique 8.6</li> <li>· Santé mentale 8.7</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 : 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 équipes de protection de la direction de santé publique répondent parfaitement aux normes « Préparation en vue des situations d'urgence ». La planification, l'organisation et la structure de leurs procédures et mécanismes de situation d'urgences sont à jour et sont bien connues.

Les équipes de santé publique sont félicitées pour la rigueur et la précision des outils et procédures. L'expertise de pointe du personnel impliqué et les processus mis en place et mis à jour ont permis à ces équipes de résoudre la problématique d'éclosion de légionellose et de soutenir efficacement les acteurs impliqués lors des épisodes d'inondations.

Les équipes sont invitées à maintenir à jour leurs outils et procédures et à poursuivre la réalisation d'exercices de simulation.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques</b>	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
7.12 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
<b>Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Services de laboratoires</b>	
4.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
4.10 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
15.7 Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.1 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le CIUSSS MCQ est clairement engagé dans le processus du partenariat avec les usagers. Les concepts d'implication des usagers sont compris et appropriés par le leadership («avec l'apport» et «en partenariat»). Dès la gouvernance, il existe une volonté et un engagement évident envers la réalisation du plein potentiel du partenariat avec les usagers. On sent un changement de culture en train de s'installer. Malgré le leadership et l'investissement dans cette démarche, il reste quand même des défis et des secteurs d'amélioration. Le déploiement officiel de la participation des usagers saura éventuellement soutenir davantage les efforts d'implantation.

Voici, d'ailleurs, quelques pistes de réflexion :

Considérer l'implication accrue d'usagers-ressources ayant eu une expérience pertinente et fructueuse dans leurs soins et services, pour aider des pairs (exemple, aide à l'enfance ou traitement de la dépendance).

Considérer l'élimination d'heures de visite. À cet égard, nous saluons l'initiative invitant les familles à demeurer après du patient à l'urgence ou aux soins intensifs. Par ailleurs, nous avons observé que les heures de visite sont déjà peu ou pas renforcées dans plusieurs endroits; par exemple, en obstétrique avec les grands-parents. Une modification en ce sens pourrait grandement bénéficier toutes les parties.

Soutenir de façon personnalisée et ponctuelle les secteurs démontrant des défis d'implantation du partenariat avec les usagers.

Soutenir les comités des usagers dans leur démarche pour augmenter leur visibilité et leur pertinence, tout en reconnaissant la complémentarité des efforts de chaque partie, notamment celle des usagers-ressources, pour améliorer l'expérience usager.

Porter une attention au recrutement des usagers ressources pour que celui-ci se poursuive en suivant une liste de critères de sélection (incluant les aptitudes et caractéristiques personnelles), afin que le candidat choisi corresponde au profil recherché et que sa contribution soit un succès pour tous.



## 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.

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

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

Ce processus prioritaire ne s'applique pas dans le cadre de la présente visite d'agrément

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

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

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

### Santé et bien-être de la population

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population</b>	
2.1 L'organisme établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services aux populations prioritaires.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population</b>	

La Direction programme santé mentale adulte et dépendance s'est rapidement mise en mouvement suite à la création du CIUSSS MCQ. La gestion de ce grand changement a facilité et favorisé une intégration harmonieuse de ces 2 grands domaines de la direction. Des efforts importants ont été consacrés à l'analyse des différents éléments de contexte territoriaux, des diverses modalités de pratique et des multiples partenariats établis sur le territoire.

L'équipe est structurée et très organisée. La planification, le suivi et l'évaluation sont réalisés avec rigueur. La santé et le bien-être des usagers, leurs familles et les communautés sont constamment au cœur de leurs travaux. L'équipe s'assure que les processus et mécanismes mis en place impliquent à tous les niveaux les usagers, leurs familles et les communautés. Ces façons de procéder permettent d'optimiser le potentiel et l'expertise de chacun des acteurs impliqués dans l'organisation et offres de services de la direction.

La mise en place de l'équipe FACT et des Ressources intermédiaires de réadaptation intensive (RIRI) sont des initiatives et succès important de souligner.

L'équipe accorde une place prépondérante aux partenaires dans la planification et l'actualisation de l'offre de services. À titre d'exemple, la majorité des formations offertes au personnel de l'équipe sont aussi offertes aux partenaires. Pour maximiser la performance et l'efficacité des services offerts à la population, l'équipe a fait preuve d'innovation en se dotant d'un poste unique qu'est celui du chef en organisation des services dans la communauté. Ce poste clé permet d'obtenir l'information et de connaître le pouls des partenaires, et par le fait même, des communautés du territoire, en temps réel. Il permet d'informer les partenaires rapidement et de les impliquer en continu. Il permet également un maillage et une collaboration étroite entre les équipes de la Direction programme santé mentale adulte et dépendance et celle de la Direction Santé publique et Responsabilité populationnelle.

À la lumière de ce succès, l'organisation aurait avantage à analyser la possibilité de doter l'ensemble de ses directions cliniques d'un mécanisme et ressources similaires.

Enfin, les travaux portant sur « l'Approche rétablissement », sur l'implication de l'utilisateur dans son PTI et sur l'harmonisation et adaptation des processus en fonction des besoins et particularités des communautés sont les points d'amélioration qui seront l'objet d'une attention particulière accordée par l'équipe.

## 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.

### **Gestion des médicaments**

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

### **Prévention des infections**

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

### **Santé publique**

- Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.

## Ensemble de normes : Aide à l'enfance - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
5.10 Il existe une politique sur le refus de travailler pour régler les situations lorsque des membres de l'équipe croient que leur sécurité personnelle est en danger.	!
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
3.9 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.11 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
5.11 Des renseignements sur la façon de mettre en pratique la politique sur le refus de travailler sont fournis.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<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**

Une équipe de gestionnaires émérites avec un leadership mobilisateur qui accroît l'engagement et le dynamisme des ressources. Un style de gestion de proximité qui favorise l'équilibre entre les dimensions relationnelles et opérationnelles. Ce qui est très apprécié par les intervenants. Ceux-ci nous ont mentionné, à plusieurs occasions, les gains qu'ils ont fait pour la clientèle depuis les nouveaux arrimages engendrés par la création du CIUSSS MCQ. L'amélioration de la fluidité des services en est un exemple concret.

Même si les démarches d'intégration des services sont toujours en cours, les changements de pratiques ont déjà entraîné une concertation et une valeur ajoutée à l'offre de services aux enfants. La collaboration entre les professionnels, les autres secteurs de services ainsi que les partenaires est remarquable et ce, toujours, pour le bénéfice des enfants.

Les équipes ont le bien-être des enfants tatoué sur le cœur!

Toujours à l'affût des meilleures pratiques basées sur des données probantes, les membres de l'équipe sont constamment en mode d'amélioration continue. Soit à la recherche de nouvelles stratégies d'interventions ou de nouvelles pratiques innovantes auprès de la clientèle de jeunes en difficulté.

Les objectifs d'amélioration sont définis en lien avec les orientations de la planification stratégique.

L'implication d'usagers-ressources est amorcée et une volonté d'augmenter la participation de ceux-ci est très présente. Plusieurs stratégies sont en déploiement, comme par exemples: "focus group", rencontres formelles, collaboration avec les membres des comités des usagers, rencontres ponctuelles, consultations des jeunes etc.

**Processus prioritaire : Compétences**

Une approche collaborative est préconisée pour offrir les services, notamment par la création de différents comités, régional, local, comité d'accessibilité, comité de fluidités.

L'offre de formation tient compte de l'évaluation des demandes du personnel ainsi que des problématiques émergentes. Plusieurs formations ont été offertes au cours des derniers mois. En voici quelques exemples; Conflits parentaux et aliénation parentale, La théorie de l'attachement: une boussole pour l'intervention, Repérer la personne vulnérable au suicide et appliquer les mesures de protection requises ainsi que Abus sexuel: Comprendre et intervenir - présentiel volet évaluation/orientation. D'autres formations sont offertes sur le Web et en activités de codéveloppement professionnel. Celles-ci sont très appréciées par le personnel.

Nous encourageons l'établissement à promouvoir les activités du comité d'éthique clinique et organisationnelle et éventuellement à offrir de la formation aux équipes qui peuvent éventuellement être confrontées à des dilemmes éthiques dans leur pratique.

Bien que le processus d'appréciation de la contribution du personnel soit actuellement en révision, presque tous les gestionnaires ont poursuivi les rencontres avec les membres de leurs équipes. Le personnel apprécie ce moment d'arrêt qui permet de clarifier les attentes mutuelles et d'élaborer des objectifs d'amélioration.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe travaille en étroite collaboration avec l'enfant et sa famille. Le continuum de services « Jeunes en difficulté » qui repose sur quatre fonctions soient; la promotion, la prévention, la réadaptation ainsi que le soutien, est bien défini et connu des intervenants.

L'ajustement du rôle de réviseur, qui a récemment été introduit au sein des équipes, ajoute une présence « neutre » dans la clarification du parcours de vie de l'enfant. Cet ajout de ressource précieuse a permis, entre autres, aux intervenants de respecter les délais prescrit de trente jours pour l'élaboration de leurs plans d'interventions.

Il nous apparaît important de souligner le développement de l'offre de service du programme de réinsertion sociale. Compte tenu de la complexité des conditions de vie des jeunes qui sont en situation de vulnérabilité, il était essentiel de créer une mobilisation des ressources afin de consolider un réseau de soutien formel et informel à long terme pour le bien-être des jeunes.

Plusieurs outils validés, qui découlent parfois de projets de recherche, sont utilisés tout au long de la prestation des services. Par exemple: en attachement 6-12 ans, une grille d'observation des indices de sécurité affective des enfants d'âge préscolaire et scolaire; un questionnaire « d'évaluation du risque de récurrence » qui est un outil de filtrage quantitatif portant sur les caractéristiques des jeunes délinquants et les circonstances de leur vie à prendre en compte pour arriver à une décision éclairée quant au niveau de service, au degré de surveillance et aux programmes qui leur conviennent.

Pour les partenaires, un chevalet d'information qui résume la démarche d'élaboration d'un plan de services individualisés est mis à leur disposition pour faciliter l'intégration des pratiques.

Parmi plusieurs dépliants d'information dédiés aux parents, nous avons retenu une trousse « Conflit de séparation » des petits fascicules viennent illustrer et expliquer différentes composantes de cette étape de vie.

La direction est invitée à poursuivre ses efforts de révision et d'harmonisation de la documentation en disponibilité aux différents intervenants. Notamment la révision du programme de prévention du suicide qui permettra certainement d'accroître les compétences, d'harmoniser les pratiques et d'atteindre l'objectif de réduire le nombre de suicide au sein de la population des enfants.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Tous les membres des équipes sont soucieux d'assurer une prestation de services rigoureuse dans le respect des lois et règlements en vigueur.

Le dossier, bien que présenté sous la forme papier ou informatisée, est bien tenu. Les différents documents sont bien classés et il est facile de le consulter. On y retrouve toute la documentation en regard aux volets; légal, clinique et administratif.

D'autres outils sont mis à la disposition des équipes, tel qu'un guide de soutien à la pratique en négligence qui permet aux professionnels d'harmoniser leur pratique. L'on y retrouve les niveaux de gravité ainsi que les finalités visées par l'intervention pour chacun des niveaux.

Les systèmes informatiques sont d'utilisation pratique et intuitive. Cependant il reste des arrimages à faire pour permettre l'interface entre certains systèmes. Les gestionnaires utilisent des applications qui permettent de faire un suivi optimal de la charge de travail des professionnels et d'assurer une compilation de données sur les volumes d'activités.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Toujours à l'affût des meilleures pratiques basées sur des données probantes, les membres de l'équipe interdisciplinaire sont constamment en mode d'amélioration continue. Soit à la recherche de nouvelles stratégies d'interventions ou de nouvelles pratiques innovantes auprès de la clientèle de jeunes en difficulté.

Les objectifs d'amélioration sont définis en collaboration avec les équipes et sont en lien avec les orientations de la planification stratégique. Le souci d'assurer la sécurité des enfants prend une place prépondérante dans la trajectoire de services.

Les témoignages touchants des enfants et de parents rencontrés nous ont convaincus de l'entière satisfaction des usagers en regard des services rendus par les différentes équipes tout au long de la trajectoire de services.



## Ensemble de normes : Déficits sur le plan du développement - 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>	
4.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
6.5 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
6.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des usagers et des membres de l'équipe.	!
6.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<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>	
14.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.1 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 œuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!

15.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisation a mis en place des processus pour obtenir et intégrer les commentaires des usagers et des familles dans la conception et les processus de service. Les processus restent à formaliser. Des efforts doivent se poursuivre pour offrir des services en partenariat avec l'intérieur et l'extérieur de l'établissement.

##### Processus prioritaire : Compétences

La collaboration interprofessionnelle entre les membres de toutes les équipes est évidente.

L'inclusion des usagers et des familles est une pratique établie solidement dans les services.

Des processus de communications fluides existent au sein des équipes.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'approche axée sur l'utilisateur par tous les membres de l'équipe est une force dans tous les services. L'attention portée aux besoins de l'utilisateur est très cohérente.

Le personnel, les chefs et les directeurs adjoints sont dévoués et créent un climat accueillant et respectueux.

L'utilisateur et la famille sont une partie intégrante des plans d'intervention individualisés. L'utilisateur et sa famille sont impliqués tout au long du processus, y compris lors de transitions.

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

La gestion des dossiers est effectuée avec rigueur. Les processus de collecte, de consignation et de conservation sont bien structurés. Le processus visant à permettre aux usagers et les familles à accéder à leur dossier est clair.

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

Les services sont impliqués dans des projets d'amélioration de la qualité et intéressés à leurs évaluations afin de mieux servir les usagers et les familles. Une grande implication et consultation du personnel, de l'utilisateur et des familles dans les projets d'amélioration.

## 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.	!
12.3 Des conditions appropriées sont maintenues dans les aires d'entreposage des médicaments afin de protéger la stabilité des médicaments.	
12.5 Les aires d'entreposage des médicaments sont conformes à toutes les exigences des lois et des règlements applicables en matière de médicaments contrôlés.	!
12.6 Dans la pharmacie et les unités de soins, les médicaments dont l'apparence et le nom sont semblables, les diverses concentrations d'un même médicament, de même que les médicaments de niveau d'alerte élevé sont rangés séparément.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	

On a pu remarquer une bonne équipe de co-gestion dynamique et un bon support de la direction, ce qui a pu aider à mieux répondre aux nombreux défis d'une organisation très distancée.

Les initiatives locales demeurent actives et nous vous encourageons à diffuser ces bonnes pratiques et à les intégrer dans les travaux d'harmonisation du CIUSSS.

Un effort remarqué pour le processus de bilan comparatif des médicaments, même si des travaux restent à venir. Les sites dans lesquels les implantations sont débutées ou complétées ont pu voir les effets souhaités lors de l'admission, du transfert ou du départ des usagers grâce aux outils mis en place. Néanmoins, plusieurs autres sites n'ont pas encore pu apprécier cela car leur déploiement n'a pas encore eu lieu.




Des éléments à optimiser sont, entre autres, la gestion des équipements tels que les réfrigérateurs et la gestion des médicaments contrôlés (même si en pratique, on n'a pas noté de problème particulier).

Un autre grand défi est au niveau de recrutement du personnel, tant au niveau des assistants-techniques, des pharmaciens que plusieurs autres titres d'emploi. Le processus de bilan comparatif des médicaments en soi demande des ajouts de ressources non négligeables. Il est donc souhaitable d'explorer tous les moyens permettant de faire avancer ce dossier.

Comme la majorité des établissements de santé au Québec, avoir la même base d'un même système de gestion d'information de pharmacie pour toutes les installations, constituerait un des éléments clés.

---

## Ensemble de normes : Obstétrique - 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>	
3.12 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 les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. 8.5.5 L'usagère, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usagère devrait prendre après son congé.	  <b>PRINCIPAL</b>
8.6 Pour réduire au minimum 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. 8.6.2 L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes. 8.6.3 L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes. 8.6.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée. 8.6.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	  <b>PRINCIPAL</b>  <b>PRINCIPAL</b>  <b>PRINCIPAL</b>  <b>SECONDAIRE</b>  <b>SECONDAIRE</b>
9.2 En partenariat avec les usagères et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usagère reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 9.2.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usagère reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagères et les familles.	  <b>PRINCIPAL</b>

**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**

Une grande collaboration est ressentie au sein des équipes, autant au niveau des équipes que de la collaboration entre spécialistes et omnipraticiens. Le soutien des gestionnaires est apprécié des employés, malgré les défis reliés aux multisites. Plusieurs ont exprimé la volonté d'atteindre la certification Initiative Amis des bébés (IAB) pour soutenir et promouvoir l'allaitement maternel. Les équipes ont observé un recul au niveau du désir d'allaiter de leur clientèle. Il est suggéré de revoir les stratégies pour atteindre les objectifs. L'implantation du programme AMPRO est bien soutenue par l'organisation et a permis de faire plusieurs gains en matière de sécurité et de communication.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les infirmières travaillent en dyade avec les infirmières auxiliaires sur plusieurs unités. L'esprit d'entraide et la collaboration semblent être généralisés au sein des équipes.

Les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe semblent bien connus et respectés de chacun. Par contre, aucune des employées questionnées à ce sujet ne pouvait référer à une documentation écrite. Il devient donc difficile pour les employés de s'assurer que la pratique respecte les normes établies par l'établissement.

Plusieurs activités de reconnaissance ont été déployées et les équipes sont fières et soucieuses d'offrir des soins de qualité. Pour certains employés, la contribution au rendement n'a pas été faite depuis plusieurs années. Il est recommandé d'instaurer une pratique d'évaluation de la contribution au rendement de façon séquentielle pour maintenir et améliorer la participation des employés.

Les employés des départements d'obstétrique ont accès à plusieurs formations et activités de perfectionnement. Le programme Approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux (AMPRO) est bien instauré et plusieurs professionnels en ont mentionné les bienfaits.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les équipes étaient accueillantes et tous les employés rencontrés étaient engagés et ouverts à partager leur temps et leur expérience avec nous. Plusieurs initiatives remarquables vaudraient la peine d'être partagées entre les équipes obstétricales des différents sites. Malgré la récente introduction du bilan comparatif des médicaments (BCM) dans la majorité des unités obstétricales, les équipes sont mobilisées

pour contribuer au succès de l'implantation du nouvel outil. Le test de conformité 8.5.5 est partiellement observé, de sorte que la cliente reçoit son profil mais il n'est pas transmis à son prestataire de soins et le pharmacien en communauté. Certaines usagères plus vulnérables peuvent omettre de le remettre et le processus du BCM est alors interrompu.

Le consentement éclairé est un processus bien établi pour l'usagère qui désire avoir un accouchement vaginal après césarienne (AVAC). Par contre, la procédure ayant lieu dans la pratique privée du médecin, les documents reflétant la démarche parcourue ne sont pas toujours disponibles au dossier client en centre hospitalier. La société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC) a émis une recommandation dans la gestion des AVAC et il serait bénéfique que le personnel en centre hospitalier puisse avoir accès aux documents qui permettraient de valider que le consentement éclairé a été obtenu. Des efforts sont déployés sur tous les sites pour la prévention des chutes et le dépistage des risques de saignement. Par contre, les données ne sont pas coordonnées dans un outil qui permet le repérage facile des cas plus à risque. Un très bel outil semble avoir été conçu pour répondre à ce besoin (CD00394-Évaluation initiale Périnatalité) mais il n'est pas utilisé sur tous les sites. Les outils de communication aux transitions de soins sont uniformes, clairs et bien utilisés.

L'usagère et la personne significative sont impliquées dans les soins. Plusieurs usagères ont eu une validation de leur identité avant un soin ou un service, cela démontre les efforts déployés pour l'atteinte de la POR mais une double identification est exigée avant chaque service et intervention. Plusieurs initiatives de gestion de la douleur ont été observées sur différents sites, il serait intéressant de promouvoir les bonnes initiatives de chacun aux autres sites.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Le CIUSSS MCQ a mis en place plusieurs initiatives pour inclure l'utilisateur et les équipes d'obstétrique bénéficient de la collaboration d'une famille partenaire de Drummondville. Différents niveaux de collaborations ont été observés et les équipes semblent mobilisées à poursuivre cet élan.

Le CIUSSS a rendu accessible via intranet la majorité des politiques et procédures de l'ensemble des sites historiques. Le processus est bien connu des employés et le site est bien organisé. Malheureusement, les employés ont eu des difficultés à retracer les politiques demandées lors de la visite. Il faudrait revoir les stratégies pour accéder rapidement aux documents informatiques et inciter le personnel à utiliser le site afin d'éviter les délais ou l'évitement. De plus, certaines politiques bénéficieraient d'une révision et d'une implantation CIUSSS. Les dossiers observés étaient dans un ordre impeccable et il était facile d'y accéder et de s'y retrouver.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Le choix des audits et des indicateurs de qualité des différentes unités démontre le souci d'améliorer les services et la sécurité des clientes. Plusieurs d'entre eux sont rattachés au programme AMPRO mais d'autres découlent des suggestions des employés ou des questionnaires de satisfaction des usagères.

Il serait intéressant d'ajouter sur les babillards les statistiques d'allaitement exclusif étant donné que les équipes travaillent à l'implantation des conditions IAB dans tous les secteurs.



## 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>	
1.3 Les ressources nécessaires pour appuyer le programme de prévention et de contrôle des infections sont vérifiées régulièrement.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	

La procédure de retrait du personnel en cas de grippe et de gastro-entérite est normalisée dans tout le CIUSSS MCQ. Des outils d'aide à la décision ont été élaborés et déployés. Des enquêtes épidémiologiques sont réalisés.

Les infirmières du service de santé du personnel bénéficieront au cours de l'été 2018, d'une ordonnance collective qui leur permettra de détecter et de retirer le personnel présentant des signes d'activité grippale, évitant ainsi de retirer prématurément du personnel susceptible de provoquer des pénuries de main-d'oeuvre. Nous invitons l'équipe à mettre en place des outils pour mesurer la degré de pertinence des décisions des infirmières.

L'équipe est particulièrement préoccupée d'harmoniser les contrôles de qualité en hygiène et salubrité. Depuis l'automne 2017, chaque cadre du service d'hygiène et salubrité identifie 4 zones à risques et effectue des contrôles de qualité visuels et high touch par marquage. Cette méthode permet, avec beaucoup d'efficacité, de mesurer le niveau de conformité aux objectifs de salubrité et peut entraîner, dans certains cas, la décision de modifier la composition de certaines surfaces ou la révision des techniques et des produits d'hygiène.

En collaboration d'une usagère-ressource, un nouveau slogan qui met l'accent sur l'importance de l'usager et la reconnaissance du personnel dans le lavage des mains a été élaboré et fait l'objet d'une nouvelle campagne de promotion. Les stratégies et le plan d'action ont été validés avec l'usagère-ressource.

En matière de prévention des infections, l'établissement peut compter sur une équipe de prévention des infections et un comité bien structuré. Des audits de conformité sur l'observance au lavage des mains sont réalisés dans plusieurs secteurs et les résultats sont communiqués aux équipes. Le taux d'observance est en légère diminution par rapport à l'année 2016-2017 et il n'y a pas eu d'activités d'audit au cours des deux dernières années au CLSC Suzor-Côté et au CLSC du Centre de-la-Mauricie. La participation à la réalisation d'audits par les professionnels des différents secteurs de soins et de services pourraient permettre une plus grande appropriation de cette responsabilité.

L'équipe fait le suivi des taux infections et présente un bilan annuel des activités de prévention et contrôle des infections. Ces résultats sont discutés au sein des équipes de soins.

Les politiques de préventions et de contrôle des infections (PCI), dont les pratiques de base et les précautions universelles, ont été réalisées et déposées sur l'intranet de l'établissement. Nous recommandons que des audits soient réalisés pour mesurer le taux de consultation par secteur de soins et services.

Les pratiques de gestion des éclosions sont efficaces. L'équipe a mis en place une liste de vérification (check list) pour mesurer la gradation des interventions et identifier le type d'intervention. Les tests de vérification sont basées sur des données probantes.

À l'Hôpital Ste-Croix de Drummondville, les professionnels ont une ordonnance collective pour intervenir auprès des usagers qui retournent à domicile après avoir contracté une infection nosocomiale. Un contact téléphonique, effectué par une infirmière permet d'initier un plan de traitement s'il y a récurrence d'infection. Nous invitons l'organisation à déployer cette excellente initiative sur tout le territoire du CIUSSS MCQ.

Dans tous les secteurs visités, nous avons constaté que le matériel d'équipement de protection pour le personnel est adéquat et en nombre suffisant. Le personnel a une bonne connaissance des consignes et les exigences concernant le port des équipements de protection sont observées.

Enfin, nous invitons l'organisation à normaliser les techniques de stérilisation avec les produits du CIUSSS pour faciliter le travail des préposés affectés à la stérilisation et réduire les risques d'erreurs.

## Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.6 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.8 L'information sur les services est mise à la disposition des usagers et des familles, des organismes partenaires et de la communauté.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
7.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
7.5 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
7.11 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>	
10.5 De l'information écrite concernant la gamme de services offerts et leurs coûts, l'efficacité des services et leurs résultats, ainsi que les solutions de rechange est fournie aux usagers, aux organismes partenaires et aux autres prestataires de services potentiels.	
10.7 Les usagers sont informés des coûts des traitements proposés et des solutions de rechange.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
15.8 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**

18.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
19.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
19.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
19.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
19.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
19.10	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
19.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

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

**Processus prioritaire : Prévention des infections**

6.7	Des politiques et de procédures visant à assurer la désinfection, la stérilisation et le nettoyage adéquats de l'équipement et des installations sont en place.	!
6.9	Les appareils médicaux à usage unique ne sont pas retraités sur place.	!

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

La clinique de PMA possède une très belle équipe qui travaille très bien en pluridisciplinarité. Les membres de l'équipe ont chacun un rôle bien précis et l'on ressent que chacun prend une part active dans le cheminement des usagers.

## Points forts:

- Plusieurs partenariats ont été établis avec des acteurs en PMA (centre serveur tertiaire, mais aussi au niveau communautaire (pharmacies, psychologues, etc.)
- Engagement du personnel et professionnalisme
- Très bon niveau de connaissance (participation du personnel à divers comités provinciaux)

## Défis:

- Inclure les usagers dans:
  - Élaboration des aires de services
  - Élaboration des services et leur révision

**Processus prioritaire : Compétences**

L'équipe de la clinique de PMA est multi-disciplinaire et comprend des médecins, des infirmières, des technologues en échographie et des technologues médicaux. Tout le personnel est membre en règle de son ordre professionnel. Le personnel est dédié et compétent.

## Points forts:

- Personnel en nombre adéquat pour assurer le suivi et la sécurité des soins prodigués
- Personnel compétent et bien formé

## Défi:

- L'organisme devra mettre en place un système d'évaluation du rendement des employés sur une base régulière.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Lors de la création du programme de PMA provincial, le gouvernement a voulu répartir l'offre de soins dans la province en créant des cliniques de PMA en région, comme ici à Trois-Rivières. Or depuis la modification du programme public en 2015, les cas de fécondation in vitro (FIV) sont assurés par un suivi conjoint et un partenaire de niveau tertiaire.

En effet, la clinique reçoit les usagers de la région et procède à leur évaluation de base (clinique et diagnostique) et de là, l'épisode de soins peut s'orienter vers l'insémination intra-utérine (IIU) soit avec sperme du conjoint ou de donneurs et ce jusqu'à neuf cycles. Si le cas requiert une FIV, alors ces cas sont référés au CHU Sainte-Justine qui est depuis peu le nouveau centre serveur du CIUSSS MCQ.

Le service clinique est très bien organisé. Les espaces de travail sont bien dégagés et adéquats pour répondre aux besoins de la clinique. Le personnel est bien formé, compétent et suffisamment bien encadré. Les procédures sont à jour et suivent les données probantes de la littérature.

Les services cliniques dispensés sont de qualité et répondent aux normes et exigences reconnues. La clinique de PMA a également tissé des liens avec des partenaires de la communauté pour compléter les offres de services qu'elle ne peut elle-même offrir. À titre d'exemple, les usagers sont soit référés pour une FIV, ou pour du soutien psychologique ou bien pour l'accès à la médication.

**Points forts:**

- Équipement adéquat pour les tâches à réaliser, notamment au niveau des salles d'IIU et d'échographie.
- Le personnel médical se réfère au guide 2015 du Collège des médecins et aux différentes normes reconnues de pratiques médicales en PMA.

**Défis:**

- Améliorer la communication avec la population afin de minimiser la confusion au sein du public qui croit qu'aucun service n'est offert depuis l'abolition du programme.
- Afficher de manière très transparente les chances de succès de l'IIU en fonction de la technique utilisée et autres facteurs relatifs aux usagères.

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

Le CIUSSS MCQ a défini un continuum de soins pour les usagères nécessitant le recours aux techniques de PMA. C'est d'ailleurs un des premiers continuums de soins à avoir été élaboré et il est inclus dans un continuum plus large; celui de la femme enceinte.

Les outils de décision clinique relatifs aux choix des traitements et des soins à prodiguer sont clairement établis et largement utilisés dans le CIUSSS. La collaboration entre les équipes cliniques et le laboratoire est adéquate afin d'assurer une prestation de soins efficace.

**Points forts:**

- Excellente communication entre les équipes (laboratoire, cliniques et infirmières)
- Plusieurs outils informatiques disponibles et utilisés par les équipes de soins.
- Plusieurs politiques organisationnelles encadrent la communication des informations, la confidentialité et le respect de la vie privée.

**Défi:**

- Uniformiser le système informatique avec celui du centre serveur de la PMA pour faciliter le suivi des dossiers de FIV référées.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe clinique en PMA est composée de plusieurs types de professionnels qui travaillent tous en pluridisciplinarité. Leur pratique clinique repose sur les normes de pratiques reconnues.

Le personnel n'hésite pas à toujours vouloir s'améliorer. Il a d'ailleurs commencé à implanter quelques indicateurs de qualité afin de suivre les progrès des soins et services offerts à la population.

Nous encourageons l'organisme à inclure davantage le concept d'usager-ressource dans la vie courante de la clinique. Nous tenons aussi à souligner l'importance d'élaborer un plan d'amélioration continue décrivant des objectifs que l'équipe pourraient suivre à l'aide de ses indicateurs de qualité.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Étant donné que la clinique de PMA ne couvre pas l'ensemble des services notamment au niveau de la FIV, la gestion des médicaments est d'autant plus simplifiée. Il n'y a aucun médicament directement administré, préparé ou même conservé à la clinique.

Le personnel possède une formation adéquate pour informer les usagers sur les effets du traitement ainsi que les possibles effets secondaires. Les usagers sont référés à la pharmacie communautaire afin de recevoir leur médication.

Les usagers sont tenus informés des numéros de contact en cas de doute ou de besoin d'informations supplémentaires.

**Processus prioritaire : Prévention des infections**

La prévention et le contrôle des infections (PCI) sont une préoccupation importante lors de la prestation des soins et services à la population. Au niveau de la PMA, cette préoccupation doit également être présente. La nouvelle politique du CIUSSS MCQ entrée en vigueur récemment est une première étape importante dans cette démarche de prévention.

Nous encourageons l'organisme à poursuivre les efforts en déclinant à partir de cette politique l'ensemble des procédures locales permettant une PCI efficace.

Points forts:

- Nouvelle politique CIUSSS rédigée et entrée en vigueur en février 2018 (CIUSSS)
- Culture de l'hygiène des mains et mesure de l'efficacité

Défis:

- Rédaction de procédures de PCI propre au secteur de la PMA

## Ensemble de normes : Procréation médicalement assistée (PMA) – Services de laboratoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
<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>	
7.6 Il existe un processus pour confirmer et consigner l'identité de la personne qui fait don de sperme ou d'ovules, ou de l'usager avant le prélèvement ou la réception de gamètes.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
12.4 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.	!
13.2 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
13.3 Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
14.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
16.3 Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
16.8 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	



- 16.15 L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe au laboratoire se sent soutenue par le leadership à la fois clinique et administratif. Par ailleurs, la tenue de réunions multidisciplinaires contribue à renforcer ce leadership.

La mise en place récente du questionnaire d'appréciation des soins et services dispensés aidera grandement le leadership à développer des meilleures pratiques des soins ou des services adaptés à cette clientèle de la PMA.

##### Points forts:

- Réunions multidisciplinaires impliquant tous les intervenants de la PMA
- Profiter de l'expérience des centres serveurs pour former le personnel (avec le CHUM)

##### Défis:

- Impliquer des usagers-ressources pour obtenir leur apport dans l'amélioration des soins et services.

##### Processus prioritaire : Compétences

L'organisme s'assure de la compétence de tous les employés via l'application de différentes stratégies mais aussi par certaines obligations. Par exemple, lors de l'embauche les critères demandés requièrent une diplomation adéquate pour le poste convoité. Par ailleurs, tous les membres (technologistes médicaux) du personnel au laboratoire doivent être membre de l'OPTMQ.

L'organisme favorise également les activités de formation continue et accorde notamment à chaque employé un budget de 200\$/année pour la participation à des activités à l'extérieur.

##### Points forts:

- Personnel membre de l'OPTMQ à 100%
- Formation continue fortement encouragée avec budget alloué pour chaque employé
- Diffusion des bons coups des employés (tableau des stand-up meetings)

##### Défi:

- Mieux documenter les efforts d'améliorations de la qualité (rien n'est écrit dans un plan d'amélioration de la qualité).

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Lors de la création du programme de PMA provincial, le gouvernement a voulu répartir l'offre de soins dans la province en créant des cliniques de PMA en région, comme ici à Trois-Rivières. Or depuis la modification du programme public en 2015, les cas de fécondation in vitro (FIV) sont assurés par un suivi conjoint et un partenaire de niveau tertiaire.

En effet, la clinique reçoit les usagers de la région et procède à leur évaluation de base (clinique et diagnostique) et de là, l'épisode de soins peut s'orienter vers l'IU soit avec sperme du conjoint ou de donneurs et ce jusqu'à neuf cycles. Si le cas requiert une FIV, alors ces cas sont référés au CHU Sainte-Justine qui est maintenant depuis peu le nouveau centre serveur du CIUSSS MCQ.

Le laboratoire est très bien organisé. Les espaces de travail sont bien dégagés et adéquats pour répondre aux besoins de la clinique. Le personnel est bien formé, compétent et suffisamment bien encadré. Les procédures sont à jour et suivent les données probantes de la littérature.

Il y a également un service de cryopréservation qui sert à deux fins. Il y a une cryopréservation offerte aux usagers masculins atteints de cancer et un service de cryopréservation offert pour les cas d'IU avec donneurs. Le laboratoire suit des procédures strictes quant à la conservation des paillettes de sperme.

**Points forts:**

- Équipement adéquat pour les tâches à réaliser
- Personnel motivé et bien formé (participation à des comités d'experts provinciaux OPTMQ)

**Défis:**

- Rendre le processus d'élimination des échantillons cryopréservés plus standardisé.
- Aménager un passe-plat entre la salle de prélèvement pour homme et le labo (mur donnant sur la pièce de cryopréservation)

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Le CIUSSS MCQ a défini un continuum de soins pour les usagères nécessitant le recours aux techniques de la PMA. C'est d'ailleurs un des premiers continuums de soins à avoir été élaboré et il est inclus dans un continuum plus large; celui de la femme enceinte.

Les outils de décision clinique relatifs aux choix des traitements et des soins à prodiguer sont clairement établis et largement utilisés dans le CIUSSS. La collaboration entre les équipes cliniques et le laboratoire est adéquate afin d'assurer une prestation de soins efficace.

**Points forts:**

- Excellente communication entre les équipes (laboratoire, cliniques et infirmières)

- Plusieurs outils informatiques disponibles et utilisés par les équipes de soins.
- Plusieurs politiques organisationnelles encadrent la communication des informations, la confidentialité et le respect de la vie privée.

Défi:

- Uniformiser le système informatique avec celui du centre serveur de la PMA pour faciliter le suivi des dossier de FIV référées.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe du laboratoire de PMA est composé de technologistes médicaux membres de l'OPTMQ qui travaillent de concert avec les équipes cliniques. Leur pratique repose sur les normes de pratiques reconnues et d'ailleurs certains membres du laboratoire ont participé à l'élaboration de guides de pratiques provinciaux. Le personnel est donc engagé.

Il n'hésite pas à toujours vouloir s'améliorer. Il a d'ailleurs commencé à implanter quelques indicateurs de qualité afin de suivre les progrès des soins et des services offerts à la population.

Nous encourageons l'organisme à inclure davantage le concept de l'utilisateur-ressource dans la vie courante de la clinique. Nous tenons aussi à souligner l'importance d'élaborer un plan d'amélioration continue décrivant des objectifs que l'équipe pourrait suivre à l'aide de ses indicateurs de qualité.

## Ensemble de normes : Réadaptation - 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>	
3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
3.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.13 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.12 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
9.1 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
9.3 Tous les services que l'utilisateur a reçus, y compris les modifications apportées au plan d'intervention interdisciplinaire, sont consignés dans le dossier de l'utilisateur.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
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.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
14.1 Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!

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



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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'Institut universitaire en DI-TSA est porteur d'un grand leadership clinique et il permet le développement de pratiques de pointe au profit de la clientèle régionale et locale.

Le nouveau rôle de coordonnateur de la recherche permet de voir au bon fonctionnement des diverses activités de l'Institut universitaire en DI et en TSA en assurant la collaboration entre l'infrastructure de recherche et l'établissement et le maillage entre la recherche et le milieu de pratique. Ce dernier assure également le bon fonctionnement des activités de recherche de l'établissement pour l'ensemble du domaine psychosocial. Ce rôle est relativement nouveau et l'on voit la valeur ajoutée de cette fonction.

De par son infrastructure de recherche, la Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation (DEURI) offre un soutien ayant un impact direct à l'offre de service DI-TSA. Le personnel de cette direction est dédié au soutien du développement de la pratique, à l'élaboration de contenu de formation en DI-TSA et à l'élaboration des convenances au niveau des projets de recherche. Ainsi est favorisé le développement des meilleures pratiques par le soutien de la recherche, des Unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) et le transfert de connaissances. Ce sont des éléments qui viennent enrichir l'offre de service de la direction.

Ainsi, les activités de recherche et l'étendue des services sont en lien avec le plan stratégique et clinique de la direction et s'appuient sur des données probantes permettant le développement des meilleures pratiques cliniques.

La direction est encouragée à poursuivre en ce sens.

#### Processus prioritaire : Compétences

Les professionnels rencontrés font preuve de professionnalisme et possèdent les connaissances de pointe nécessaires à une prestation de service de grande qualité.

La plupart de ces personnes se sont dites satisfaites de l'offre de services de formation. De nouveaux mécanismes d'accès aux formations (webinaires, formations en ligne, etc.) ont été développés et permettent un accès plus faciles aux formations proposées.

Le travail d'équipe, la collégialité observée dans tous les secteurs sont des vecteurs de la qualité des services et de cohérence dans les services offerts à l'utilisateur. Cependant, la complexité des situations cliniques place les professionnels dans des situations qui, parfois requièrent du soutien pour dégager des pistes d'intervention répondant aux critères attendus. Dans cette circonstance, certains professionnels rencontrés en déficiences physiques ont fait ressortir des besoins de soutien clinique, particulièrement

chez ceux se retrouvant seuls dans les installations. Cette difficulté est soulevée à quelques occasions, durant le parcours.

Au secteur DI-TSA, les mécanismes d'encadrement en place semblent répondre adéquatement aux besoins exprimés.

Nul doute que l'offre de service de la DSM qui est attendue incessamment saura répondre aux besoins exprimés par le personnel.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les intervenants rencontrés lors de la visite sont très dynamiques et très engagés auprès de la clientèle et sont soucieux de la qualité des services rendus.

Les outils cliniques utilisés permettent de bien documenter et de mieux circonscrire la condition et les besoins des usagers à l'admission et en cours de suivis.

Des efforts sont consentis afin de permettre aux usagers d'être admis en temps opportun. Néanmoins, des délais persistent dans certains secteurs d'activités. Lorsque possible, les équipes se soutiennent entre elles afin que les usagers puissent recevoir des informations ou services, ne serait-ce que partiellement. Ces interventions témoignent une fois de plus du souci constant pour la clientèle.

Nous ne pouvons passer sous silence le travail réalisé par quelques professionnels qui réalisent des interventions de groupe auprès de personnes atteintes de déficience intellectuelle, à Victoriaville. Ces interventions de groupe visent l'éducation à la vie amoureuse, affective et sexuelle et est en place depuis quelques années. Les interventions sont réparties sur une période d'environ deux (2) ans et visent la prévention, l'accompagnement, l'éducation. Une étude a démontré les effets positifs de ce programme chez ces jeunes adultes. Cette initiative est documentée. C'est une pratique qui mérite d'être soulignée.

De plus, la mise en place de différents plateaux de travail permettent à la clientèle DI-TSA une incursion sur le marché du travail. Ces projets témoignent de la volonté du personnel de cette direction de travailler à la réinsertion et à la normalisation de cette clientèle.

Différentes activités sont réalisées en partenariat et permettent également une incursion de la clientèle dans la communauté. Ces différentes modalités offrent une opportunité aux usagers d'être reconnus comme citoyen à part entière et ces démarches méritent d'être poursuivies.

Malgré les efforts consentis au développement des continuums de soins, l'on constate que des zones grises sont toujours existantes pour les clientèles présentant de multiples problématiques de santé.

Afin d'éviter les bris dans la continuité des soins et des services à la clientèle, nous encourageons la direction et les directions partenaires à poursuivre leurs travaux visant à l'actualisation d'une offre de services répondant à ces besoins particuliers.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Nous soulignons qu'un seul critère de cette section de normes n'a pu être respecté. Les dossiers sont bien tenus et les informations sont pertinentes.

En ce qui a trait à l'information contenue aux dossiers, selon les emplacements visités, certains dossiers sont partiellement informatisés ce qui facilite l'accès à l'information. Pour les dossiers dont les notes ne sont pas informatisées, ceux-ci sont facilement accessibles aux postes infirmiers.

Cependant, pour les professionnels, l'accès aux informations contenues aux dossiers des usagers est rendue difficile en raison de deux systèmes informatiques différents. Cette difficulté occasionne des délais. Le personnel d'encadrement est informé et soucieux d'assurer un suivi à cette situation complexe.

Des outils standardisés sont présents dans les dossiers, notons à titre d'exemple la cueillette de données initiales, les tests standardisés et les consentements.

Afin d'assurer la qualité des notes aux dossiers et la justesse des informations, il est encouragé de mettre en place des audits sur la tenue de dossiers.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Tout au long de notre visite, nous avons été à même de constater la place prépondérante donnée à l'usager et à sa famille dans les décisions de soins. L'approche de soins centrés sur l'usager et le partenariat qu'il occupe dans ses soins est en parfaite harmonie avec les valeurs d'autodétermination prônées par tous.

Nous avons été témoins de la préoccupation au regard de la sécurité dans l'ensemble des interventions et notamment aux secteurs plus vulnérables comme aux URFI et aux RAC. Le personnel de ces secteurs assure un suivi des principaux risques, tels que les chutes, les erreurs de médicaments, les agressions physiques et les mesures de contrôle. L'équipe est encouragée à développer une cartographie de ses risques, l'élaboration d'un plan de contingence et d'assurer les suivis dans le cadre des nouvelles stations visuelles opérationnelles.

Les professionnels ainsi que le personnel cadre ont le souci constant d'assurer l'amélioration des services à la clientèle.

Des travaux importants ont été réalisés afin d'assurer le transfert de la clientèle DP de la direction SAPA vers la direction DI-TSA-DP afin de permettre une plus grande fluidité dans le continuum de soins. De plus, des travaux ont permis de revoir l'intensité des services en DI-TSA adulte selon les besoins des usagers requérant des services spécifiques et des services spécialisés. Le succès de cette démarche a été rendu possible grâce à la contribution des équipes associées au projet. Les transferts ont permis d'assurer une meilleure répartition de la clientèle. Ainsi, en DI-TSA adulte, on retrouve dorénavant des interventions spécifiques pour 70% des usagers et un pourcentage de 30% des usagers aux services spécialisés.

Une équipe "SAT"- services d'attribution des aides techniques- est en place dans de nouveaux locaux depuis un an. Ce secteur est reconnu pour sa créativité et son soutien aux équipes d'URFI et SAPA. L'équipe est fortement mobilisée par le développement de leur expertise et les espaces facilitent grandement leur travail.

À l'URFI de Trois-Rivières, des réflexions sont en cours visant la gestion optimale des usagers de niveau de soins alternatifs (NSA) des centres hospitaliers. L'arrivée plus importante de cette clientèle semble créer un essoufflement et pour certains, une perte de repère face à la mission de réadaptation de la clientèle DP. Les réflexions se poursuivent afin de trouver une pleine satisfaction.

À cet endroit, les espaces physiques ne facilitent pas une gestion efficace des éclosions en raison des chambres à 4 personnes. Cette réalité est également une préoccupation à la fluidité du continuum clientèle en ce sens qu'elle oblige une gestion supplémentaire des usagers à l'égard de la cohabitation, afin qu'elle soit faite de façon harmonieuse. Des réflexions sont en cours pour améliorer la situation. À cet endroit, un gymnase est disponible à la clientèle externe et interne et est un ajout important au plan de soins. Les professionnels présents - kinésiologues et éducateurs physiques- sont complémentaires à l'équipe multidisciplinaire.

L'équipe est préoccupée par la sécurité des usagers et s'assure d'une communication efficace aux dossiers par la complétion du formulaire "Plan de communication des recommandations". L'an dernier, l'équipe a également travaillé à la mise en place d'une procédure prévoyant l'admission à l'URFI les fins de semaine.

Les projets d'amélioration de la qualité des services sont nombreux. Plusieurs activités sont en cours de développement et beaucoup de changements sont entrepris. Toutes ces démarches s'inscrivent dans une vision partagée d'amélioration de la qualité et l'optimisation des services. L'équipe n'hésite pas consulter les meilleures pratiques, les conduites à tenir, à demander la mise en place d'un Kaizen ou l'élaboration des A3 pour améliorer l'organisation des services et l'accès aux services, par exemple.

Les réflexions doivent se poursuivre sur la pertinence d'une cogestion médicale dans ce secteur.



## Ensemble de normes : Santé communautaire - 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>
---

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

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

12.6 Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.



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

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

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

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

Dans le respect des valeurs organisationnelles et l'appropriation du modèle « VRAI NORD », le personnel rencontré, dit revoir sa façon de faire dans un regard centré sur l'utilisateur et sa famille (population à desservir). Une approche visant la qualité et l'accessibilité des services et d'optimisation de ressources, tout en priorisant le mieux-être des intervenants.

Afin d'assurer une harmonisation des pratiques cliniques et la mise en place des meilleures pratiques, des rencontres sont tenues sur une base régulière par les responsables de soins et services afin de partager l'expertise et procéder à l'analyse des données probantes.

L'organisation des services est axée sur le partenariat avec les membres des équipes des services connexes, mais également dans un regard de partenariat avec la communauté (organismes communautaires, milieu scolaire, municipal, etc.).

L'harmonisation / consolidation des services au niveau organisationnel résume bien le leadership clinique des professionnels rencontrés.

**Processus prioritaire : Compétences**

L'ensemble des équipes rencontrées fonctionnent en interdisciplinarité. Des rencontres trimestrielles au regard de leur fonctionnement permettent d'évaluer le travail effectué en équipe et d'y apporter des ajustements, lorsque requis.

Les rôles et responsabilités sont bien définis et les différents champs de pratiques sont connus et respectés.

Les intervenants rencontrés affirment recevoir régulièrement de la formation en regard de leur programme de soins et services, le tout dans le respect des compétences professionnelles requises. Un programme d'orientation est élaboré avec une évaluation des acquis en deux temps par le supérieur immédiat (mi probation et fin probation).

L'appréciation à la contribution est réalisée aux deux ans.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Le processus d'accueil-orientation (santé/social) est implanté dans les installations en prenant compte des particularités locales. Un intervenant est désigné pour informer l'utilisateur des différentes étapes de son épisode de service.

L'accessibilité des services est facilitée par la possibilité d'y accéder via plusieurs portes d'entrée (références inter-programme, références externes, usager lui-même, etc.). Les services sont coordonnés et fournis dans divers endroits dans l'ensemble de la communauté.

Lors de la révision de la trajectoire de service pour la femme enceinte, deux usagers ont participé au processus de mise à niveau.

Les plans de services sont revus en équipes interdisciplinaires et lorsque requis une modification au plan est apportée en accord avec l'utilisateur ou sa famille. Le plan de service tient compte des capacités de l'utilisateur ou sa famille à se prendre en charge de matière autonome. Les professionnels multiplient les efforts pour responsabiliser l'utilisateur au maintien d'un équilibre de vie correspondant à son propre projet de vie.

Le processus d'évaluation de l'utilisateur est effectué dans le respect des champs de pratique des différents professionnels impliqués dans l'épisode de soins ou services.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'accès aux soins et services est favorisé pour l'ensemble des clientèles à desservir. Les données populationnelles et la connaissance de la clientèle permettent une organisation de services bien adaptés aux besoins identifiés.

Grâce au partenariat établi avec les milieux d'enseignement et de recherche, les professionnels ont accès en continu aux données de recherche favorisant ainsi une mise en place proactive des meilleures pratiques pour la clientèle desservie. Au cours de la visite, nous avons pu observer une culture d'apprentissage et de prise de décision fondée sur des données probantes bien implantées.

Des rencontres équipes permettent le partage d'expertise et le questionnement continu au regard des meilleures façon de faire. Le fonctionnement en équipe interdisciplinaire amène également tous les professionnels à se positionner au regard du meilleur service à offrir à l'utilisateur ou à sa famille dans le respect de son projet de vie.

L'ensemble des activités soins et services rendus est inscrit au dossier de l'utilisateur. Les équipes sont invitées à assurer que cette information soit accessible 24h/jour, 7 jours/semaine en situation d'urgence (attention aux dossiers parallèles).


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

La haute direction a clairement identifié l'utilisation des données probantes dans la révision des façons de faire au sein des différentes équipes cliniques. Une modalité de fonctionnement qui permet aux membres des différentes équipes d'avoir accès à l'information clinique, aux résultats de recherche de même qu'aux données probantes.

Les incidents et accidents déclarés sont analysés et lorsque requis des ajustements ou des correctifs sont effectués. La divulgation d'un événement indésirable est faite à l'utilisateur ou son représentant dans le respect de la politique organisationnelle.

Au niveau de la sécurité environnementale, l'organisme est invité à porter une attention particulière aux locaux d'entreposage du matériel et des fournitures. Nous avons observé à plusieurs endroits du matériel placé directement sur le plancher.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.14 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>	
2.7 L'environnement physique est sécuritaire et confortable et il favorise le rétablissement de l'utilisateur.	
8.7 Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre et évaluée.	
8.7.2 L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	<b>PRINCIPAL</b>
8.7.3 L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	<b>PRINCIPAL</b>
10.6 Toutes les lacunes dans le plan de transition de l'utilisateur sont cernées et des stratégies d'atténuation des risques sont mises en œuvre en vue de minimiser les risques aux points de transition.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	

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**

Le leadership, l'engagement et la proximité de l'équipe de gestion auprès des équipes cliniques sont à souligner. L'impact positif de ce leadership est palpable et cela favorise la mobilisation des équipes rencontrées. La co-gestion médico-administrative est inspirante.

La volonté de l'équipe de gestion d'accroître le partenariat avec les usagers est très présente. L'opinion des usagers est prise en compte dans plusieurs projets ou pistes d'amélioration. Le développement d'une philosophie commune d'intervention clinique axée sur le partenariat de soins et services et la collaboration interprofessionnelle dans tous les secteurs du programme devient de plus en plus une réalité. Cela pourrait être consolidé selon le niveau d'avancement des secteurs.

Nous invitons le programme à poursuivre la spécialisation des services de 2e ligne pour favoriser l'intégration, la complémentarité et le soutien des services de proximité dans la communauté.

Le recrutement médical en pédo-psychiatrie en Mauricie est crucial pour poursuivre l'amélioration du continuum de services en particulier pour mieux répondre aux besoins de la clientèle 12-25 ans. De même, un enjeu persiste pour poursuivre l'amélioration du continuum inter direction entre la clientèle santé mentale et la clientèle DI-TSA que ce soit au niveau du partage d'expertise, de la fluidité des services ou de l'amélioration du continuum résidentiel.

#### Processus prioritaire : Compétences

Le personnel clinique et administratif rencontré est accueillant, engagé, compétent, transparent et collaboratif. Plusieurs professionnels ont mentionné apprécier le travail d'équipe, l'entraide et la collaboration interprofessionnelle au bénéfice de l'utilisateur. L'accès aux formations pertinentes est apprécié et valorisé par l'organisme.

Bien que les équipes travaillent de manière collaborative, nous encourageons le secteur à réfléchir à l'opportunité d'inviter des usagers-ressources à certaines étapes de bilan annuel sur le fonctionnement, la collaboration interprofessionnelle et les résultats de l'équipe, selon le rythme d'avancement des équipes.

De même, la création du CIUSSS offrirait la possibilité de mettre à l'essai de nouveaux modes d'intégration du nouveau personnel pour favoriser la visite des unités de soins, celle des cliniques externes spécialisées et des services de proximité, dans une même zone ou entre les zones, selon le cas.

La difficulté de recrutement de personnel dans quelques secteurs préoccupe le personnel clinique notamment en pédo-psychiatrie et au niveau de certaines cliniques spécialisées pour les jeunes psychotiques.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

Tous les sites visités démontrent une volonté d'améliorer les processus reliés à l'épisode de soins. Entre autres, le cycle clinique implanté à l'unité médico-légale de Shawinigan atteint un niveau d'excellence digne de mention. Il est maîtrisé et appliqué par l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire. Il prévoit notamment un plan de rétablissement complété par l'utilisateur en fonction de son évolution.

Les équipes cliniques et de gestion ont travaillé très fort pour atteindre la conformité au bilan comparatif du médicament. Nous les félicitons pour cet accomplissement majeur au bénéfice de la clientèle. Bien que le bilan comparatif du médicament soit réussi dans l'ensemble des sites visités, l'implantation est très récente et nous encourageons l'établissement à assurer la consolidation selon l'état d'avancement des équipes.

Au niveau du CIUSSS, les efforts sont à poursuivre pour harmoniser les processus et les pratiques en fonction des forces et des pratiques inspirantes dans les équipes avancées. A titre d'exemple, mentionnons la pratique prometteuse d'arrimage entre la gestion des lits et le comité fluidité à Drummondville et à Victoriaville qui mène à une meilleure planification de congé et à une transition personnalisée des soins et services au bénéfice de l'usager. De même, le suivi post hospitalisation récemment mis en place à certains endroits permet d'accélérer les congés.

Des efforts importants ont été faits afin d'améliorer et de simplifier l'accès aux services. Les résultats sont encourageants et une gestion active des délais est observée. Cependant, des efforts sont à poursuivre.

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

Une attention des équipes et des directions concernées est démontrée pour améliorer régulièrement la tenue de dossier. Les gestionnaires ont accès à plusieurs informations partagées fort utiles dans le cadre de leur fonction.

L'implantation du Dossier Patient Électronique améliore la continuité des services et le partage d'information en continu.

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

La station visuelle développée avec le personnel à l'unité d'hospitalisation à Victoriaville est une réussite et les résultats obtenus sont dignes de mention.

Une procédure prometteuse a récemment été mise en place visant à favoriser l'intégration systématique des membres de l'entourage en santé mentale adulte et dépendance. Il sera important d'en mesurer les impacts avec les usagers et les familles de même qu'avec le personnel clinique.

Nous encourageons les équipes visitées à se doter d'un mécanisme d'auto-évaluation allégée mais systématique du fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire (ex: structure, modalités, résultats) et que les bilans et objectifs d'amélioration soient faits avec les usagers-partenaires, autant que possible.

## Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

### Processus prioritaire : Leadership clinique

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

### Processus prioritaire : Compétences

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

### Processus prioritaire : Épisode de soins

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

### 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 pairs aidants, des usagers ressources, des partenaires du milieu et des membres des différentes équipes du programme de santé mentale communautaire, 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 usager-partenaire déjà axée sur le plein rétablissement, 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.

#### Processus prioritaire : Compétences

Les usagers de ces services peuvent compter sur des intervenants compétents, 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 en collaboration 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 clients, 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 et accessibilité aux services.

Lors de nos rencontres, nous avons aussi été à même de constater les impacts positifs que peut apporter la présence des pairs aidants dans les 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.

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'organisation, par l'entremise de ses gestionnaires, est aussi encouragée à poursuivre les travaux dans la mise en œuvre des activités permettant au personnel de bénéficier d'une évaluation de la contribution.

L'établissement est encouragé à harmoniser les processus qui permettront aux intervenants du CIUSSS MCQ de participer et d'avoir accès aux résultats des différentes recherches réalisées. Ceci permettra sans doute aux intervenants de continuer d'adapter leurs connaissances aux besoins des usagers, tout en offrant des services basés sur des données probantes et les meilleures pratiques. L'accès élargi de ces résultats permettra sans aucun doute de garantir une amélioration continue des compétences des usagers et des familles, des pairs aidants, des usagers ressources, des bénévoles et administrateurs, des médecins, des intervenants et des gestionnaires ainsi qu'aux nombreux partenaires du CIUSSS MCQ.

L'engagement du personnel à offrir des services selon une approche collaborative, entre les intervenants, les usagers, les familles, et les partenaires est à souligner.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les intervenants et intervenantes 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.



L'organisation est parvenue avec ses intervenants et partenaires à définir et à rendre accessible des trajectoires de services pour les différents programmes sous sa responsabilité. Nous ne pouvons passer sous silence les travaux réalisés afin de définir les trajectoires de services en chaînes de valeur et en continuum. Celles-ci aident les intervenants à orienter le client afin qu'il puisse avoir accès aux services requis par sa condition. Ils s'assurent de bien documenter le dossier et de bien préparer le client et son représentant lors de la transition vers un autre service. L'accompagnement personnalisé de l'utilisateur vers les différents points de transition est à souligner.

Les intervenants sont encouragés à renforcer les activités qui leur permettront d'avoir une rétroaction de la part des usagers et de leur famille, et auprès des partenaires sur l'efficacité et la qualité des transitions réalisées, permettant ainsi les ajustements nécessaires garantissant une transition de qualité et sécuritaire.

Le personnel impliqué a une préoccupation constante de donner toute l'information requise aux clients et à leurs familles afin qu'ils puissent établir des choix éclairés. De plus, ils sont informés sur leurs droits et sur la manière de porter plainte.

Nous avons été à même de constater lors de nos visites dans les différents services que la relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse. Un souci constant de responsabiliser et de soutenir l'utilisateur dans la réalisation de son projet de vie tout en visant le meilleur rétablissement est à souligner.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Dans l'ensemble des sites visités, 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. Ces informations 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 de l'utilisateur lors de la transition de celui-ci vers un autre service de l'organisation ou vers les services des partenaires.

Différents programmes informatiques favorisent l'accès élargi aux informations concernant les clientèles du programme santé mentale communautaire. Ce qui permet en temps réel avec la collaboration des intervenants liaisons, aux professionnels de ce programme 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 rapidement en branle afin de soutenir l'utilisateur et ses proches dans le but de favoriser une saine transition lors du retour vers leurs milieux de vie ou de services d'origine.

L'organisation est encouragée à poursuivre le déploiement de la mise en œuvre du processus harmonisé qui permettra de surveiller et d'évaluer les pratiques de tenue de dossier.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'actualisation de l'évaluation de l'utilisateur basé sur ses forces et l'élaboration du plan d'intervention découlant des forces identifiées permettent d'offrir des soins et services basés sur une approche holistique, considérant l'utilisateur comme une personne capable de mettre à contribution ses forces et l'amener à se responsabiliser à l'égard sa capacité de développer les compétences nécessaires à la réalisation de son projet de vie. Nous encourageons les intervenants à poursuivre le développement de cette approche qui préconise aussi des interventions de proximité dans la communauté en partenariat avec les organismes des différents milieux.

Le renforcement soutenu dans une vision de plein rétablissement permet aux usagers de vivre pleinement en communauté. Nous encourageons les intervenants à poursuivre leurs activités permettant l'implication des familles dans le plan de rétablissement des usagers de leurs services.

Beaucoup de travail a été réalisé avec les équipes SIM (Soins intensifs en équipe dans le milieu) et SIV (Soutien d'intensité variable) en vue d'obtenir leurs homologations. Nous encourageons les intervenants à mettre en œuvre les recommandations découlant de ces homologations.

Des projets d'amélioration de la qualité des services sont élaborés. Nous encourageons la direction des programmes Santé Mentale et Dépendance à poursuivre l'actualisation des activités d'amélioration de la qualité et de la sécurité des services comme elle le fait déjà, avec l'apport des usagers-ressources, des pairs aidants, des usagers et de leurs familles, ainsi que celui des équipes et divers partenaires.

Nous encourageons l'organisation à poursuivre la mise en place de sa stratégie de recrutement de la main-d'œuvre qui permettra de maintenir une accessibilité et une réponse aux besoins des clientèles desservies, et de soutenir les intervenants dans la réalisation de leurs mandats.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.2 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
4.5 L'équipe reçoit de la formation continue à propos des lois et de la réglementation en santé publique et de leur lien avec la pratique en santé publique.	
4.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
16.7 Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
16.11 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Santé publique</b>	
3.4 Les buts et objectifs des services de santé publique sont mesurables et précis.	
6.6 La pertinence et l'efficacité des partenariats sont évaluées de façon continue.	
12.10 Des politiques et procédures sont respectées pour recueillir, étiqueter, entreposer et transporter les échantillons de laboratoire de manière à assurer la sécurité du public.	!

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

Le Plan d'action régional de santé publique (PAR SP) balise les grands axes d'intervention prioritaires. La direction de Santé publique-Responsabilité populationnelle a la responsabilité via les ententes interdirections d'assurer la coordination et le suivi des indicateurs qui s'y retrouvent.

La participation des usagers et des communautés dans leurs différents processus, la lutte aux inégalités sociales de santé, des communications plus efficaces et le maintien d'une expertise de pointe sont les éléments composant le plan de mise en oeuvre du PAR. Pour ce faire, les équipes poursuivent leurs travaux intersectoriels et de concertation pour s'assurer d'obtenir en temps réel le pouls et la collaboration des différents partenaires impliqués.

**Processus prioritaire : Compétences**

De par la spécificité des mandats qui lui sont légués, la Direction de santé publique-responsabilité populationnelle s'assure de maintenir et développer une expertise de pointe en Promotion-Prévention, en Protection et en Surveillance.

La responsabilité populationnelle s'actualise sur la prémisse suivante : chaque membre de l'équipe partage une part de cette responsabilité et doit développer des habiletés leur permettant d'améliorer les mécanismes de concertation et de coordination avec les partenaires, les usagers et les communautés.

La direction est invitée à poursuivre activement la définition et le départage des différentes zones de compétences en précisant les rôles et responsabilités des membres des équipes. Cette démarche est porteuse de sens pour le personnel et contribue à l'optimisation l'offre de services.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

La direction de santé publique démontre une volonté de suivre l'évolution de ses programmes, projets et actions ainsi que d'évaluer l'efficacité de ceux-ci et ce dans une perspective d'assurer une amélioration de ses services. La stratégie de mise en oeuvre du Plan d'action régional de santé publique, par l'entremise des six (6) chantiers, permet d'intégrer le suivi de l'implantation des activités, assure l'implication des partenaires et des usagers dans certaines é marches clés et génère la réalisation de plusieurs projets d'amélioration continue.

Toutefois, afin d'assurer un suivi plus régulier des indicateurs, la direction de santé publique a manifesté sa volonté de mettre en place une salle de pilotage tactique de direction. Celle-ci devra être inévitablement adaptée aux réalités de santé publique.

**Processus prioritaire : Santé publique**

L'équipe de Santé publique-Responsabilité populationnelle est manifestement engagée et dévouée aux usagers et aux communautés de son territoire. Le développement des connaissances, le maintien d'une

expertise de pointe en santé publique, le développement des communautés, de leur pouvoir d'agir et de la communication bidirectionnelle avec la population sont indéniablement au cœur des préoccupations de la direction de Santé publique-Responsabilité populationnelle.

Grâce à son équipe de surveillance, l'organisme dispose en continu de données essentielles sur l'état de santé de sa population et d'informations privilégiées notamment au regard des communautés vivant des inégalités sociales de santé ou autres problématiques particulières. En situation de menace à la santé, les processus en place permettent de suivre et d'évaluer en temps réel l'évolution de la menace.

Autant en promotion-prévention qu'en protection (maladies infectieuses, santé environnementale et santé au travail), le travail de concertation et de collaboration à l'interne du CIUSSS et à l'externe est une stratégie d'action prioritaire. Cette stratégie permet et facilite l'arrimage et l'intégration des préoccupations/besoins des usagers et des communautés aux services de santé.

Plusieurs succès méritent d'être soulignés. L'exercice d'harmonisation des pratiques et des outils en santé au travail, l'expertise développée dans le travail intersectoriel en santé environnementale, l'actualisation de la stratégie de mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique par milieu de vie en Promotion-Prévention et le travail d'identification des priorités réalisé en maladies infectieuses ne sont que quelques exemples de processus qui ont été traités avec succès.

Les équipes de santé publique sont également félicitées pour le travail magistral réalisé dans le cadre de la responsabilité populationnelle et du développement des communautés. La volonté réelle de travailler avec les partenaires, d'offrir un soutien concret nécessaire aux actions identifiées, de diminuer les inégalités sociales de santé sont des éléments soulignés et appréciés des partenaires. La solidité et la constance des liens tissés avec les partenaires sont saluées. Comme piste d'amélioration continue, les équipes sont invitées à impliquer davantage les partenaires dans les processus de planification annuelle et d'évaluation de son offre de service.

La direction de santé publique s'est dotée d'une démarche de suivi de sa performance dont les jalons sont d'identifier des indicateurs de résultats, de les suivre, de les évaluer pour ensuite ajuster ou réorienter les services de façon continue. La démarche doit se poursuivre pour permettre de suivre régulièrement l'évolution des indicateurs de résultats. Pour ce faire, la direction devra inévitablement adapter la formule actuelle du système de gestion intégrée en amélioration continue de l'organisme pour lui permettre d'avoir un processus de suivi qui réponde aux réalités et au contexte du domaine de santé publique.


De par les fonctions légales personnelles du directeur de santé publique et par la Loi de santé publique qui suggère la réalisation de stratégie de marketing social et de campagnes de sensibilisation et d'information auprès de la population, la production d'un plan de communication spécifique du directeur de santé publique serait une valeur ajoutée et un levier important pour soutenir et positionner les fonctions particulières de santé publique du CIUSSS MCQ.

Le programme-service de santé publique est solidement positionné dans les documents organisationnels. Toutefois, la réalité diffère. De façon générale, le personnel manifeste un sentiment d'isolement, voire

d'oubli. L'organisme est invité à faciliter rapidement l'intégration du personnel de la direction de santé publique au CIUSSS MCQ. Un positionnement clair de la direction de Santé publique au sein du CUSSS MCQ doté d'un plan de communication du directeur favoriseraient et optimiseraient l'actualisation des mandats spécifiques de santé publique.

---

## Ensemble de normes : Services de traitement des dépendances - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
9.7 L'accès à un espace consacré à la spiritualité et au soutien spirituel est offert pour répondre aux besoins des usagers.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.5 Le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur est établi en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le système de soutien personnel aux points de transition des soins.	
8.5.1 Un processus structuré permet de faire le suivi de l'information relative aux médicaments de l'utilisateur et de la communiquer, et ce, tout au long du traitement.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2 Une liste complète de tous les médicaments que l'utilisateur prend (meilleur schéma thérapeutique possible ou MSTP) est produite en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou un autre système de soutien personnel au début des services.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.3 Tous les changements apportés à la liste des médicaments à n'importe quel moment du traitement (p. ex., les médicaments qui ont été abandonnés, ajoutés ou changés au cours de la visite du médecin, ainsi que les prescriptions remplies pendant le traitement) sont consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.4 Au moment du transfert vers un autre prestataire de services ou à la fin des services, l'utilisateur et ses prestataires de soins (p. ex., le médecin de famille) reçoivent une copie de la liste de médicaments à jour.	<b>SECONDAIRE</b>

8.5.5	Ce processus est une responsabilité partagée assumée en partenariat avec l'utilisateur, les prestataires de services, le médecin de famille et les pharmaciens de la communauté, s'il y a lieu.	<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.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
13.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
13.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, 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>		

Le personnel d'encadrement favorise une approche collaborative.

En concertation avec l'équipe et l'apport des usagers, deux projets d'amélioration constante de la qualité méritent d'être mentionnés: Le projet (AEO) Accueil-Évaluation-Orientation centralisé et celui de l'intervenant psychosocial.

Le projet Accueil-Évaluation-Orientation centralisé a été implanté le 5 juin 2017. Selon les intervenants rencontrés, il n'a que des retombées positives. En effet, ce projet permet de mieux gérer l'accessibilité aux services (porte d'entrée unique, plus simple pour les usagers), d'améliorer la qualité, l'efficacité et la rapidité de l'intervention, de favoriser l'efficacité en libérant l'horaire des intervenants pour rencontrer les usagers plutôt que de traiter des appels, d'augmenter l'habileté et l'expertise des intervenants-répondants exclusivement dédiés à l'Accueil-Évaluation-Orientation, d'intervenir au moment opportun pour une évaluation sans délai tout en assurant une orientation optimale selon les besoins de la personne : le bon usager au bon moment et au bon endroit.

Le projet «Intervenant psychosocial jumelé à l'infirmière» à Trois-Rivières, spécifiquement pour la clientèle "opiacés", a contribué à résoudre la problématique d'absentéisme aux rendez-vous psychosociaux. Selon le suivi de la courbe de progression, cette intervention a permis de doubler le nombre de suivis psychosociaux en six mois. En effet, ce jumelage a favorisé la création d'un lien entre



l'intervenant psychosocial et l'utilisateur qui n'avait plus à se déplacer deux fois ni à raconter son histoire une deuxième fois à un autre intervenant qu'il n'avait pas encore rencontré. Compte tenu du succès de cette nouvelle approche, ce projet pilote a été implanté dans une autre installation du CIUSSS.

Un tableau de bord «État de situation hebdomadaire» permet de dresser un portrait rapide des différentes activités du service, de suivre l'état des dossiers et d'analyser les données afin de prendre les actions appropriées au moment opportun.

Des projets validés, selon les données probantes, par la Direction de santé publique du CIUSSS MCQ sont déployés dans la communauté dans le but de promouvoir les services de traitement de la dépendance et la prévention en collaboration avec les organismes communautaires et les différents partenaires de la communauté.

### Processus prioritaire : Compétences

Le personnel d'encadrement travaille en collaboration avec les usagers dans un processus d'amélioration constante de la qualité. L'écoute, le respect, la patience et la bienveillance font partie des valeurs véhiculées et adoptées par le personnel pour offrir des soins et des services selon une approche adaptée aux usagers. Des infirmières liaison sont disponibles pour faciliter l'accès au traitement de la dépendance et des services de proximité sont offerts dans le but de faire vivre à ces usagers ce qu'ils appellent eux-mêmes «un succès.» Des intervenants sont également présents dans le milieu scolaire et créent des liens avec les jeunes qui requièrent des services mais qui n'auraient pas consulté sans ce service de proximité. Des horaires flexibles et adaptés permettent d'offrir les services à une clientèle prioritaire incluant les parents de jeunes enfants, les femmes enceintes, les personnes à risque suicidaire élevé ou à risque de sevrage ainsi qu'à celles qui ne peuvent suivre un horaire prédéterminé dû à leur état de santé mentale ou leur condition psychosociale.

De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe afin de travailler efficacement avec les communautés culturelles ayant des besoins différents.

Dans certaines installations, la pénurie de main d'œuvre au sein de l'équipe pourrait avoir un impact sur le remplacement lors des vacances ou des congés. La haute direction a déjà été saisie de cette problématique et des solutions alternatives doivent faire partie des stratégies de recrutement. Il serait pertinent que l'organisation encourage le personnel d'encadrement à développer des projets novateurs dans leur créativité pour tenter de résoudre la pénurie dans leurs services respectifs.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

La fusion Santé mentale et Dépendance «de partenaires à collègues de travail» a créé une opportunité pour améliorer la qualité des soins et des services. Il en découle une meilleure communication, un partage de connaissances et d'expertise, un meilleur encadrement du personnel soignant par les directions concernées et une meilleure planification de la formation et de perfectionnement.

Les services sont coordonnés avec l'équipe externe ou l'intervenant pivot. La transition est planifiée de façon appropriée en collaboration avec l'utilisateur, la famille et les organismes communautaires.

Bien qu'il existe un plan de travail dans l'organisation, le bilan comparatif des médicaments n'est pas implanté dans les différents points de service du programme de dépendance.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Le programme de traitement des dépendances comprend onze (11) points de service et un centre d'hébergement, des outils standardisés permettent d'assurer l'uniformisation de l'évaluation physique et psychosociale des usagers. L'équipe priorise une approche centrée sur l'utilisateur et personnalise les interventions à partir des objectifs que l'individu veut lui-même atteindre avec la participation de la famille, le cas échéant. L'équipe tient compte des ressources personnelles de l'utilisateur tout en assurant une cohérence dans l'approche clinique. Le plan d'intervention est signé et une copie est remise à l'utilisateur.

Le personnel d'encadrement possède un excellent plan de développement des compétences du personnel. En ce qui concerne la recherche, les intervenants sont surtout interpellés pour le recrutement des usagers. Un agent de planification programmation et de recherche rencontre les cliniciens pour leur présenter le projet afin d'inviter les usagers qui le désirent à participer au projet de recherche.

Les dossiers du service de traitement de la dépendance sont pratiquement sous la responsabilité des intervenants du service. Dans certaines installations, nous retrouvons les dossiers actifs et inactifs dans le bureau des intervenants. Cette problématique a été discutée avec le cadre concerné. Toutefois, il existe une procédure et un plan pour aborder le sujet et le suivi sera assuré par le personnel d'encadrement du service des archives.

L'équipe est formée de gestionnaires et d'intervenants dynamiques qui travaillent en collaboration inter-directionnelle avec les différents partenaires de la communauté. Les participants siègent sur une table de concertation dans le but d'aborder différents enjeux reliés à la réalité locale et les solutions envisagées sont discutées pour assurer la continuité des services.

Des liens solides sont établis avec de nombreux partenaires de la communauté pour assurer un continuum de soins et de services adaptés aux besoins des usagers.

Enregistrant un taux d'occupation de 90%, le Centre d'hébergement de traitement de la dépendance doit maintenir son expertise régionale de 2e ligne. Par ailleurs, en ce qui concerne l'horaire de nuit, l'organisation est invitée à revoir le ratio usager/intervenant compte tenu de la configuration géographique du bâtiment.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Les soins et les services sont offerts selon des lignes directrices à partir des données probantes que le personnel met en application en les adaptant selon le profil des usagers desservis. L'équipe s'inspire des projets de recherche du Centre national d'excellence en santé mentale et de différents résultats d'études de recherche scientifique. Des conseillers cadres offrent du soutien pour l'application des meilleures pratiques lors des interventions auprès des usagers.


Des démarches ont déjà été entreprises pour concrétiser le concept d'utilisateur-partenaire dans tous les projets et activités du CIUSSS. Une sensibilisation à différents paliers de l'organisation devrait être maintenue progressivement afin de faire vivre cette initiative dans toutes les installations du CIUSSS.

## Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation - 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>	
3.11 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>	
9.7 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.	
9.7.5 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.	<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.

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

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

L'équipe de la direction périnatalité de la direction du programme jeunesse famille secteur pédiatrie connaît bien la clientèle qu'elle dessert. L'équipe a mis en place une clinique de pédiatrie de jour au CHAUR qui a ouvert ses portes en janvier 2018. Malgré un plan de communication interne et externe complet, elle est sous-utilisée. L'équipe aurait intérêt à refaire une campagne de sensibilisation afin d'optimiser l'utilisation de cette belle initiative. L'ouverture en mai 2018 du Centre famille-enfant Girardin à Drummondville procurera un environnement sécuritaire pour le volet pédiatrique dans un environnement familial.

L'implication à différents niveaux des intervenants et des parents est remarquable pour la prise en charge de la santé des enfants dans un contexte de maladie.

Les objectifs d'amélioration continue sont bien identifiés. Les stations visuelles de gestion sont pour la plupart déployées sur les différents secteurs afin de faire le suivi des objectifs de la direction et des unités respectives. Un suivi rigoureux des indicateurs est fait et des actions sont prises advenant des écarts significatifs sur la cible visée. Il est observé une belle collaboration et un partage entre les intervenants. Les trajectoires de service pour la pédiatrie sont bien établies entre les partenaires internes et externes, et ce, dans un esprit de collaboration et en respect des volontés des parents. Différents comités disciplinaires ou multidisciplinaires sont présents pour discuter des enjeux de la pédiatrie locale et régionale.

Les équipes font face à un taux d'occupation très fluctuant sur les unités de soins. L'équipe doit donc ajuster les ressources humaines. L'exercice est parfois difficile dans un contexte de rareté des ressources. L'équipe est encouragée à trouver des solutions pour diminuer les irritants afin de diminuer le recours à du temps supplémentaire.

La sécurité des enfants est un souci constant pour l'ensemble des intervenants. Des audits sont faits pour s'assurer de la compliance des intervenants à respecter les meilleures pratiques. Le guide de vie à l'unité de pédiatrie de l'ensemble des secteurs est en révision et la notion de sécurité est très présente dans le document.

Le matériel nécessaire pour les soins aux enfants est présent et différents projets d'achats d'équipements est facilité grâce à la Fondation Opération Enfant-Soleil. Différents chariots sont disponibles sur les unités de soins dont les chariots de réanimation. Cependant, ces chariots ne sont pas vérifiés de façon systématique. Il est suggéré à l'équipe de s'assurer du respect de la procédure de vérification des différents types de chariot. De plus, il serait indiqué de procéder à l'achat des chariots de réanimation pédiatrique pour Shawinigan et Victoriaville en respectant les couleurs de l'échelle de Braselow. Le matériel de soins est en quantité importante sur les différents secteurs. Il est difficile de faire la gestion des dates de péremptions et de s'assurer du roulement du matériel dans un contexte de volume très fluctuant. L'équipe est encouragée à revoir les quotas de ses ressources matérielles afin d'éviter les pertes potentielles.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de travail se fait confiance et l'esprit d'entraide est palpable dans les différents secteurs. Les équipes font partie des décisions de la direction et se sentent très impliquées dans le processus décisionnel. Les équipes médicale et nursing se rencontrent quotidiennement ou de façon ponctuelle dans un esprit de convivialité professionnelle et ce, dans l'intérêt de la clientèle.

Un programme d'orientation spécifique sur les unités de soins est en place. Un outil d'évaluation des compétences acquises est en voie de réalisation pour documenter les apprentissages des nouveaux arrivants. Les membres de l'équipe ont accès à des formations en lien avec la pédiatrie dont le « pediatric advanced life support », le programme de réanimation néonatal ou selon les orientations

organisationnelles. Lors de soins palliatifs, situation très rare en pédiatrie, un pédiatre avec une spécialité en soins palliatifs est disponible pour guider les intervenants dans ces moments particuliers.

Le processus d'évaluation du rendement est variable d'un service à l'autre. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour faire des évaluations du rendement de façon plus régulière.

Les équipes de travail peuvent recourir à des conseillères en soins infirmiers pour répondre à leurs questions de formation ou de questionnement particulier qui touchent la pratique de soins infirmiers.

Différentes activités de reconnaissance ont lieu pour les remercier de leur contribution à la qualité de soins. De plus, on constate beaucoup de cartes affichées de remerciements de la clientèle à l'attention du personnel.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le service de pédiatrie se retrouve dans quatre sites où on peut observer une prise en charge de la clientèle par une équipe dynamique, professionnelle, mobilisée et compétente. Des critères d'admission sont bien définis.

Les unités sont propres quoique un peu encombrées. L'équipe dispose de chambres privées ou semi-privées ou parfois à quatre (4) lits qui favorisent une certaine confidentialité et permettent de gérer plus efficacement les infections. Le déménagement prochain à Drummondville dans de nouveaux locaux réglera ces aspects mais pour les autres sites, cela demeure un défi de tous les jours.

Une cueillette de données CIUSSS est implantée depuis 2017. Celle-ci est complétée par les parents et validée par le personnel infirmier. Lors de la collecte de données, on évalue différents aspects de la sécurité dont la prévention des chutes et le risque de plaies de pression.

Les enfants sont admis suite à une évaluation médicale soit par l'urgentologue ou le pédiatre ou suite à une chirurgie. Les corridors de services sont bien établis avec les centres tertiaires et les transferts, le cas échéant, sont faits rapidement. Les enfants transférés sont accompagnés par différents intervenants selon la situation clinique. Tout au long du processus, les parents sont rencontrés afin de les tenir informés de l'évolution de leur enfant.

L'équipe a un souci de la qualité des soins et une rigueur dans ses actions posées. Chaque enfant a un plan de soins complet et individualisé et le plan thérapeutique infirmier est fait d'emblée. Les soins et traitements sont effectués selon un plan de travail en lien avec les rôles et les responsabilités de chaque intervenant. Les tâches sont réparties selon la charge de travail et ajustées au besoin. Un projet de réorganisation du travail a eu lieu à Shawinigan afin de se conformer au rôle légal des infirmières et infirmières auxiliaires. Quoique le personnel se dit satisfait de ce changement, un devoir de vigilance est souhaité afin de s'assurer du respect de ces rôles.

La surveillance des patients varie selon la pathologie et le tout est consigné au dossier de l'enfant. Il est à noter qu'au CHAUR, les chambres près du poste de garde sont vitrées permettant une vue sur les enfants et donc une surveillance accrue.

Le consentement aux soins et lors de chirurgie est signé par les parents. Les patients ou les familles ont accès à un soutien spirituel à leurs demandes et selon leurs croyances. L'équipe s'assure du respect des pratiques organisationnelles requises et s'y conforme pour la plupart.

La transmission de l'information aux points de transition se fait de façon verbale et/ou écrite entre les quarts de travail et lors d'un transfert vers une autre unité de soins. Lorsque l'information aux points de transition est écrite dans des outils maison, celle-ci n'est pas consignée au dossier de l'utilisateur. L'équipe doit discuter sur les moyens pour consigner cette information au dossier de l'utilisateur.

Le bilan comparatif des médicaments est implanté depuis peu en pédiatrie dans sa forme actuelle. Une collecte de données du bilan comparatif des médicaments est faite par le personnel infirmier lors de l'arrivée de l'enfant en collaboration avec les parents. Les pharmacies communautaires permettent la complétion des informations reliées à la médication. Lors du départ, le profil de départ est remis aux parents. Cependant, malgré un plan de communication, il serait intéressant de faire une tournée des différents sites pour s'assurer de la compréhension de ce changement.

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

Tout patient a un dossier actif qui respecte les normes en vigueur dans l'établissement. L'accessibilité du dossier est facile par les intervenants. Au CHAUR, le dossier patient électronique permet une accessibilité rapide au dossier antérieur. A Victoriaville, il est observé la présence de dossier parallèle dans la salle de la clinique externe de pédiatrie de jour de l'unité de soins. L'équipe doit s'assurer de respecter la confidentialité et de se questionner sur la pertinence de garder ses dossiers à l'unité de soins.

A Shawinigan, le plan de soins est informatisé. Cependant, une révision de la base de données serait souhaitable pour accélérer la saisie des informations de façon électronique. La documentation de référence (méthodes de soins, etc.) pour le personnel est disponible de façon informatique sur les différents postes de travail via la bibliothèque clinique. Cependant, il est parfois difficile de faire une recherche d'une méthode de soins. Il est suggéré à l'équipe de réviser le moteur de recherche. Un comité d'orientation clinique élabore les différents protocoles en fonction des données probantes. De plus, les supports informatiques rendent l'information disponible plus rapidement quant aux résultats de laboratoire ou d'imagerie.

Lors du départ de l'enfant, les informations pertinentes ou de la documentation sont remises aux parents afin de les guider dans le suivi de leur enfant.

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

L'équipe a accès aux données probantes (société canadienne de pédiatrie, les congrès etc.) et les utilise pour donner les meilleurs soins possibles. Le partage des bonnes pratiques locales est encouragé lors de la rencontre départementale des pédiatres et des gestionnaires. L'équipe a accès au support informatique SISSS (système d'information de sécurité de soins et de services) pour la déclaration des

incidents-accidents. Le suivi des incidents-accidents est fait avec les équipes de travail afin de trouver des solutions. Lorsque la divulgation est nécessaire, le gestionnaire et/ou le médecin traitant s'assurent du suivi auprès de l'enfant et des parents. L'équipe a un plan d'amélioration continue de de la qualité principalement construit pour la visite d'agrément.

Les familles sont présentes et sont informées de la condition des leurs proches régulièrement. L'équipe encourage les familles à participer aux soins de leurs proches. Les parents peuvent rester au chevet et collaborent aux soins de leur enfant. Les membres de l'équipe connaissent le comité d'éthique même si les problématiques éthiques sont peu fréquentes. Selon les usagers ou familles rencontrés, le personnel est poli et respectueux et répond à leurs besoins promptement. Il s'assure de faire la double identification.

L'équipe a une première expérience avec l'ajout usager-ressource. L'équipe est encouragée à poursuivre ses démarches pour donner plus de place et le droit de parole aux usagers. On retrouve sur chaque unité des boîtes à suggestions et des questionnaires de satisfaction à la clientèle sont faits. L'équipe utilise ces moyens comme levier d'amélioration.



## 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.**

Je tiens à exprimer une grande fierté et une profonde reconnaissance à l'égard de tout le personnel pour tout le travail accompli depuis la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et- du-Centre-du-Québec. En effet, des visiteurs d'agrément présents dans notre établissement du 9 au 13 avril 2018 ont pu constater l'engagement et la mobilisation des employés, gestionnaires et médecins à offrir des soins et des services sécuritaires et de haute qualité à la population du territoire. Les résultats obtenus à cette deuxième visite complétant notre premier cycle d'agrément, témoignent des efforts déployés au quotidien par tous les membres du personnel afin de rendre l'expérience de soins et de services la meilleure possible pour les usagers en cohérence avec notre « Vrai Nord ».

Les visiteurs ont souligné l'innovation dont fait preuve l'organisation dans plusieurs secteurs et programmes mais également la grande collaboration entre les équipes professionnelles et médicales. Ils ont mentionné l'avancement de l'harmonisation des services ainsi que la place accordée à l'utilisateur autant dans son parcours de soins que dans l'amélioration des soins et des services. Les comités des usagers et les usagers-ressources sont d'ailleurs des partenaires importants à tous les niveaux de la gouvernance pour nous conduire à faire mieux, toujours mieux, au bénéfice de l'expérience usager.

Cette visite a permis de prendre un temps d'arrêt pour évaluer le chemin parcouru et ainsi obtenir un portrait des pratiques cliniques et administratives à consolider afin de continuer à s'améliorer. Notre vision de 2015 d'utiliser le processus d'agrément comme un outil de gestion et un levier de transformation s'est avérée juste.

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.

## Annexe B - Processus prioritaires

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

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