



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale**

Québec, QC

Dates de la visite d'agrément : 4 au 9 juin 2017  
Date de production du rapport : 20 octobre 2017

## Au sujet du rapport

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

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	5
Analyse selon les normes	6
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	13
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>16</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>17</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	18
Processus prioritaire : Gouvernance	18
Processus prioritaire : Planification et conception des services	20
Processus prioritaire : Gestion des ressources	21
Processus prioritaire : Capital humain	22
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	24
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	26
Processus prioritaire : Communication	28
Processus prioritaire : Environnement physique	29
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	30
Processus prioritaire : Cheminement des clients	32
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	33
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	34
Ensemble de normes : Déficits sur le plan du développement - Secteur ou service	34
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	38
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	40
Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service	44
Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service	48
Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service	53
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	59

Ensemble de normes : Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - Secteur ou service	63
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>67</b>
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	<b>68</b>

## Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

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

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

## Décision relative au type d'agrément

La décision relative au type d'agrément du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale est:

**Le Centre intégré de santé et de services sociaux de # V conserve le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé, et ce jusqu'à ce que la prochaine décision relative au type d'agrément soit prise en 2019.**

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 : 4 au 9 juin 2017**

- **Emplacements**

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

1. Centre de jour François 1er
2. Centre de jour Loyola
3. Centre de réadaptation en dépendance de Québec
4. Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean
5. CHUL
6. CLSC de Baie St-Paul
7. CLSC de l'Ancienne-Lorette
8. CLSC de la Basse-Ville
9. CLSC de la Jacques-Cartier Loretteville
10. CLSC Donnacona
11. CLSC Pont-Rouge
12. CRDI de Québec- des Santolines
13. CRDI Québec- Lapierre
14. Domaine du Parc Savard
15. École Holland
16. École Joseph-Paquin
17. École Madeleine-Bergeron
18. Hôpital de Baie St-Paul
19. Hôpital Enfant Jésus
20. Hôpital St-Sacrement
21. Institut de santé mentale de Québec J-3000
22. Institut de santé mentale de Québec k-3000
23. Institut de santé mentale de Québec- J-4000
24. Institut de santé mentale de Québec-k-4000

25. Institut de santé mentale de Québec-secteur de l'admission
26. Institut Universitaire en santé mentale de Québec
27. IRDPQ - Québec
28. IRDPQ -Portneuf
29. IRDPQ St-Louis
30. L'Arc-en-ciel
31. Pavillon Arthur-Vallée
32. Pavillon Patrice-Villeneuve
33. Plateau Fierbourg (Polyvalente de Charlesbourg)
34. Plateau Polyvalente de Charlesbourg
35. Psychiatrie légale/clinique carcérale
36. RAC Boisclerc
37. RAC Des Chutes (920)
38. RAC L-62
39. RAC St-Placide et le Boisé
40. Résidence de désengorgement de la Capitale
41. RIS St-Michel

• **Normes**

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

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

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

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









5. Défis sur le plan du développement - Normes sur l'excellence des services
6. Réadaptation - Normes sur l'excellence des services
7. Santé mentale - Normes sur l'excellence des services
8. Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Normes sur l'excellence des services



9. Santé publique - Normes sur l'excellence des services
10. Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - 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.)	72	1	0	73
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	54	4	0	58
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	253	17	11	281
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	88	7	4	99
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	206	17	0	223
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	46	0	0	46
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	442	41	6	489
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	30	1	2	33
<b>Total</b>	<b>1191</b>	<b>88</b>	<b>23</b>	<b>1302</b>

## Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	45 (100,0%)	0 (0,0%)	5	31 (100,0%)	0 (0,0%)	5	76 (100,0%)	0 (0,0%)	10
Leadership	43 (87,8%)	6 (12,2%)	1	88 (91,7%)	8 (8,3%)	0	131 (90,3%)	14 (9,7%)	1
Prévention et contrôle des infections	59 (90,8%)	6 (9,2%)	2	34 (94,4%)	2 (5,6%)	1	93 (92,1%)	8 (7,9%)	3
Gestion des médicaments	64 (86,5%)	10 (13,5%)	4	57 (90,5%)	6 (9,5%)	1	121 (88,3%)	16 (11,7%)	5
Déficits sur le plan du développement	50 (94,3%)	3 (5,7%)	0	82 (97,6%)	2 (2,4%)	0	132 (96,4%)	5 (3,6%)	0
Réadaptation	44 (97,8%)	1 (2,2%)	0	77 (96,3%)	3 (3,8%)	0	121 (96,8%)	4 (3,2%)	0
Santé mentale	42 (84,0%)	8 (16,0%)	0	78 (84,8%)	14 (15,2%)	0	120 (84,5%)	22 (15,5%)	0
Santé mentale - Services communautaires et soutien offert aux usagers	40 (93,0%)	3 (7,0%)	1	90 (95,7%)	4 (4,3%)	0	130 (94,9%)	7 (5,1%)	1

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
Santé publique	47 (100,0%)	0 (0,0%)	0	69 (100,0%)	0 (0,0%)	0	116 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu	43 (97,7%)	1 (2,3%)	1	74 (90,2%)	8 (9,8%)	0	117 (92,9%)	9 (7,1%)	1
<b>Total</b>	<b>477 (92,6%)</b>	<b>38 (7,4%)</b>	<b>14</b>	<b>680 (93,5%)</b>	<b>47 (6,5%)</b>	<b>7</b>	<b>1157 (93,2%)</b>	<b>85 (6,8%)</b>	<b>21</b>

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Identification des usagers (Réadaptation)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
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
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

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 (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Santé mentale)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévenir la congestion au service des urgences (Leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	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 : Milieu de travail</b>			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
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 (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2



Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Santé mentale)	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.**

### Conseil d'administration

Le conseil d'administration, en place depuis l'automne 2015, s'est activé pour répondre au mandat confié par la loi 10 sur la réorganisation du réseau. Il s'est doté d'une structure de fonctionnement composée de comités ayant des mandats spécifiques. Chacun des membres du conseil d'administration s'implique avec dévouement et professionnalisme dans la réalisation des tâches.

Reconnaissant les exigences d'une restructuration majeure, les membres du conseil et ceux des comités se sont engagés à respecter les calendriers de rencontres afin de maintenir le rythme accéléré de la transformation. Les membres du conseil d'administration reconnaissent l'importance du programme d'Agrément Canada et y ont consacré beaucoup de temps et d'énergie. La planification se poursuit et fait l'objet d'un suivi rigoureux. La progression rapide des travaux de mise en œuvre a permis l'amorce des activités du système de gestion d'amélioration de la performance. À chaque séance, le conseil se fait un devoir de suivre le « tableau de bord organisationnel » et l'atteinte des résultats ainsi que les livrables de l'entente de gestion et d'imputabilité.

Le conseil d'administration a su relever les nombreux défis découlant de la création du CIUSSS de la Capitale-Nationale. En peu de temps, les membres ont pu structurer leur fonctionnement pour assurer la mise en place et le maintien d'une offre de services de qualité pour la population du territoire. Il est à noter que cette offre de services a été maintenue sans interruption pendant cette phase de transition et de consolidation. Les leaders ont su eux aussi intégrer des composantes territoriales, ce qui a favorisé un meilleur alignement. Bien que certaines pratiques doivent être mises en œuvre ou poursuivies, on a observé dans plusieurs secteurs des initiatives novatrices qui incluent la culture d'avoir l'utilisateur à titre de partenaire.

### Communauté et partenaires

L'organisme connaît bien les besoins de la communauté. Au fil des années, les installations ont développé des partenariats d'affaires qui répondent aux besoins des établissements de santé du territoire. La nouvelle équipe a renforcé ces liens en étant immédiatement en mode participatif pour revoir les trajectoires des usagers et analyser l'offre de services optimaux.

Nos échanges avec les partenaires indiquent que l'approche a été gagnante, car il y a eu de l'écoute de la part des partenaires et ils sont motivés à collaborer. L'étendue de la collaboration touche les grandes institutions comme les ministères, les municipalités, les autres établissements de santé de la capitale nationale, les associations provinciales et les maisons d'enseignement. On encourage l'établissement à poursuivre et à intensifier cette collaboration afin de soutenir l'offre de service du CIUSSS. Différents liens ont été établis, et ce, tant auprès des partenaires du réseau de la santé que de la communauté. Ce partenariat permet d'assurer un support à l'utilisateur et à ses proches.

### La direction

Si on considère l'ampleur du projet de transformation et les nombreuses réalisations depuis la formation du CIUSSS, il faut féliciter les équipes de leur engagement en dépit de la grande réorganisation du système. L'ensemble des directions a établi une offre de services en partenariat avec l'équipe de gestionnaires dans un modèle intégré qui offre aux employés un accompagnement multidimensionnel : gestion de projets, centre d'expertise en développement organisationnel, évaluation de la qualité et de la performance, communication, etc. Aussi, de nombreux projets d'optimisation ont été identifiés et implantés dans plusieurs secteurs de l'organisation. Parmi les réalisations, notons : l'équilibre budgétaire pour 2016-2017; la mise en place d'une gouvernance stratégique avec l'optique de gestion intégrée de la performance; la mise en place d'une culture de mesure par l'entremise des suivis dans les salles de pilotage.

Un effort soutenu sera important pour permettre aux gestionnaires de s'approprier la culture de la mesure, qui passe par la communication des résultats aux équipes. Le soutien aux gestionnaires dans la gestion de proximité est une voie à explorer et à maintenir pour pérenniser les acquis. D'autres défis majeurs demeurent l'harmonisation des systèmes de gestion de l'information ainsi que la mise à niveau de certaines installations.

### Dotation du personnel et qualité de vie au travail

Pour ce qui est du volet de dotation en personnel, le défi est de taille. Dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre dans la capitale nationale, il devient de plus en plus difficile de pourvoir les postes qui sont en affichage. L'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts et à faire preuve d'innovation pour attirer, maintenir et valoriser un emploi au sein du CIUSSS.

En ce qui concerne la gestion des ressources humaines, une politique sur le développement des ressources humaines (PDRH) est en place. Quant au volet de la qualité de vie au travail, le sondage « Entreprise en santé » a été rempli et les résultats devraient être disponibles en automne 2017. De plus, l'élaboration d'un plan sur la qualité de vie au travail (Pulse) sera réalisée en 2018.

### Prestation des soins et services

La direction des programmes santé mentale et dépendances et la direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique font preuve de leadership en établissant des plans d'action avec des objectifs précis. Plusieurs projets sont en processus de réalisation. Ces nombreux projets reflètent l'ampleur du chantier qu'est le CIUSSS de la Capitale-Nationale. La structure qui a été mise en place au niveau des ressources humaines pour la prévention et le contrôle des infections est une démarche pertinente pour assurer la qualité et la sécurité des soins et des services aux usagers. Les différentes équipes rencontrées sont engagées. Un sentiment d'appartenance à la nouvelle entité s'installe et passe par l'amélioration de la qualité des soins et des services. La mise en place de nouvelles trajectoires établies en collaboration avec les intervenants et l'apport des usagers partenaires dégage un espace pour permettre de se concentrer sur la valeur ajoutée des nouveaux services offerts aux usagers.

### Satisfaction des clients

Il n'y a pas eu de sondage global CIUSSS de la Capitale-Nationale. Les différentes clientèles rencontrées témoignent de leur satisfaction à l'égard des soins et services reçus. Le comité des usagers du CIUSSS a

déterminé ses propres modalités de fonctionnement. Il travaille en collaboration avec le personnel dans un esprit de mieux servir les usagers. En ce qui concerne les comités des résidents, ils continuent d'exécuter les mandats qu'ils avaient avant la réforme et réalisent leurs activités habituelles.

## 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 : Culture de sécurité</b>	
<p><b>Divulgence des événements</b>            Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *.* Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leadership 15.6</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Identification des usagers</b>            En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réadaptation 9.2</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b>            L'établissement d'un bilan comparatif des médicaments est entrepris en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'utilisateur si les soins comportent la gestion des médicaments (ou que le clinicien juge cette gestion appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers 9.5</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

### Processus prioritaire : Gouvernance

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

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

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

L'organisme s'est bien engagé dans les différentes étapes de réalisation du CIUSSS, telles que proposées par le MSSS. Les fonctions de gouvernance sont de façon générale bien remplies. Dans un premier temps, le conseil d'administration a appuyé les décisions prises par l'administration pendant la période transitoire, c'est-à-dire entre la nomination du président-directeur général et la nomination des membres du conseil d'administration. Le conseil d'administration est formé depuis l'automne 2015 et ses différents comités sont fonctionnels. Le conseil d'administration œuvre, diligemment avec l'équipe de leadership, à la fois à la mise en place du nouvel organisme et aussi à assurer l'accessibilité de services dans cette période de grande transformation.

Le conseil d'administration est dynamique et mobilisé. Il connaît bien son rôle lié à la gouvernance et est soucieux d'offrir à la population les services requis et adaptés à ses besoins. Conjointement avec la direction générale, il a assumé un leadership certain en matière de qualité des soins, des services et de la sécurité de la clientèle. Il a mis en place différents sous-comités pour l'assister dans l'exercice de ses fonctions et responsabilités. Ces comités abordent les dossiers liés à la gouvernance, à la vérification et aux finances, la qualité et la sécurité et la gestion des ressources humaines. Le conseil est informé de toutes les situations à risque, de la fréquence et de la gravité des événements indésirables, ainsi que des incidents et accidents.

Le conseil d'administration dispose des politiques et procédures nécessaires à la régie interne de l'organisme. Elles définissent la portée des pouvoirs, ses obligations et ses responsabilités. Le conseil a fait de la qualité et de la sécurité une priorité. Des progrès importants sont notés dans les efforts visant à créer une véritable culture de la mesure. Dans tous les secteurs de soins et de services, les équipes ont réalisé des progrès vers une culture de la mesure, mais l'intégration de ces principes dans la gestion quotidienne demeure un défi pour les gestionnaires.

Tous les membres du conseil d'administration ont bénéficié d'une formation sur le rôle et les responsabilités des membres de conseil. Les membres sont informés de l'évolution du portrait de santé de la population et planifient des activités de formation continue. Le conseil d'administration a procédé à son auto-évaluation à l'aide d'un outil normalisé. Tous les membres ont été invités à transmettre leurs commentaires sur le fonctionnement du conseil et de ses comités, ainsi que sur leur compréhension de leurs rôles et responsabilités, des orientations stratégiques de l'établissement et de leur contribution à titre de membre du conseil.

Un défi majeur de l'organisme est de conserver la capacité de doter l'organisation des infrastructures adéquates à l'exécution de ses mandats, dans un contexte de contraintes budgétaires.

L'organisme est invité à soutenir les efforts de communication à l'interne et à l'externe, particulièrement avec les diverses communautés du territoire. Leur engagement dans le succès de l'organisme est capital. Les changements majeurs apportés par la réforme ont amené une transformation en profondeur de la structure d'encadrement et ont provoqué beaucoup de mouvance au sein des différentes équipes, ce qui a fragilisé, dans certains cas, la réalisation des objectifs de l'organisme. La gouvernance doit s'assurer de maintenir une structure organisationnelle qui lui permette de mettre en œuvre tous ses mandats, au-delà des personnes, et de tenir compte des trajectoires des usagers pour assurer le continuum de service. Le renforcement des communications avec les communautés est très important pour communiquer la vision de l'organisme et du conseil d'administration quant au développement d'une véritable culture centrée sur les usagers et leur famille.



## Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

Créé le 1er avril 2015, le CIUSSS de la Capitale-Nationale est né de la fusion de dix anciens établissements et d'un établissement regroupé. Un conseil d'administration a été mis en place dès l'automne 2015.

Les dirigeants de l'établissement ont, depuis la création du CIUSSS, révisé l'offre de services à la suite de l'intégration de plusieurs établissements. Leurs choix ont été orientés et influencés par des travaux menés par la Direction de santé publique. Grâce à leur contribution, une fine lecture des besoins de la population est maîtrisée par l'équipe de direction. Ainsi, la révision et l'ajustement de l'offre de services est en réel appui aux besoins.

L'équipe de direction a mis en place une salle de pilotage stratégique afin de suivre les projets organisationnels prioritaires, mais également pour mesurer l'évolution de certains indicateurs jugés critiques à portée parfois systémique dans ce vaste organisme.

Le processus d'amélioration continue s'appuie sur un modèle de cinq grands piliers orientant tous les intervenants vers le « Vrai Nord ». Cette stratégie permet de guider les choix à faire, lesquels sont parfois difficiles.

Une évaluation précise quant aux enjeux et défis de l'organisme permet aux dirigeants de faire des choix judicieux et de prioriser les mesures à déployer. Pour en nommer quelques-uns : recrutement afin de pourvoir plus de 1 000 postes, l'amorce de la négociation locale à la suite de la fusion de 52 accréditations syndicales à 4 seulement, l'harmonisation des systèmes d'information, etc.

D'importantes réussites dans un contexte de grande transformation méritent d'être soulignées. Nommons, entre autres, la mise en place du Bureau partenariat avec l'utilisateur et un projet pilote DI-TSA pour les jeunes présentant des troubles graves de comportement dans une unité de réadaptation.

La gestion du changement a été et demeurera l'une des conditions de mobilisation pour l'équipe de direction afin d'entraîner un mouvement pour l'ensemble des intervenants de proximité. Des réussites en ce sens sont probantes. En appui à cette mobilisation, le CIUSSS s'est inscrit dans une démarche d'Entreprise en santé et s'est doté de chaînes de valeur.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

L'organisme a une vision globale de la performance organisationnelle. Le processus de planification et contrôle financier est rigoureux et déployé auprès des directions de soutien et direction programmes. Il y a un soutien aux directions pour les étapes de planification et suivi du processus de gestion financière, et l'imputabilité des gestionnaires est assurée. Les projets de réorganisation clinique, les modes de prises en charge et les continuums de soins et services ont été identifiés comme pouvant faire l'objet d'une optimisation.

Les outils de type d'analyse des coûts sont utilisés pour contribuer à l'optimisation de l'utilisation des ressources ainsi que pour les approvisionnements. L'harmonisation de certaines « familles » de produits en approvisionnement a aussi permis d'uniformiser certaines pratiques. Les analyses périodiques des résultats comparés aux prévisions sont effectuées systématiquement. Un suivi est présenté au comité de vérification pour ensuite arriver au conseil d'administration. Pour l'exercice 2016-2017, le CIUSSS affiche un équilibre budgétaire.

La planification budgétaire et les priorités de développement sont établies en lien avec les orientations stratégiques. Ces priorités tiennent compte des besoins identifiés par les directions ainsi que des données populationnelles sur l'état de santé de la population desservie.

Il y a un processus en place pour la priorisation et l'acquisition en immobilisation. Une optimisation a été effectuée pour la diminution des dépenses de location et de l'occupation des locaux. Pour le volet d'investissements en ressources informationnelles, il existe une structure de concertation selon le secteur.

Parmi les défis qui touchent la gestion des ressources, on souligne celui de la consolidation des systèmes d'information des 11 anciens établissements. Cela pourrait influencer la qualité de l'information disponible pour arriver à des décisions éclairées.

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

## Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
2.10 Une politique de vaccination et les procédures connexes, y compris la recommandation de certains vaccins aux membres de l'équipe, sont élaborées.	
10.11 Les politiques et les procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Les fonctions liées au capital humain ont été rapidement mises en œuvre pour s'assurer que l'offre de service à la clientèle soit maintenue pendant la phase critique de consolidation des anciens organismes en un nouveau. Ils ont appuyé leurs efforts sur la planification. En soi, cela représentait un travail colossal. L'équipe a aussi été mobilisée pour s'assurer que l'organisme atteint les objectifs de réduction des effectifs. Une démarche a été établie et a été suivie.

L'harmonisation des processus et systèmes de gestion en matière de ressources humaines est amorcée, mais il reste encore beaucoup à faire sur le terrain. L'équipe doit constamment évaluer les capacités organisationnelles afin de réaliser l'harmonisation des processus complexes et qui souvent touchent l'ensemble des secteurs de l'organisme. La démarche sur le choix des valeurs organisationnelles a donné un certain momentum. L'établissement est encouragé à bien profiter de l'exercice pour établir une base de communication avec les employés et apporter un changement de culture avec l'optique CIUSSS. Pour s'assurer de bien communiquer avec l'ensemble du personnel, les fonctions ressources humaines sont appuyées par le service des communications. Le rapprochement de ces fonctions a été grandement utile dans une période de grand changement.

Un programme d'évaluation du rendement des employés pour le CIUSSS n'est pas appliqué de façon systématique. Il est souhaitable que l'évaluation du personnel se fasse avec assiduité et de façon systématique pour toutes les catégories d'emplois. Dans le contexte actuel de la main-d'œuvre dans la capitale nationale, plusieurs initiatives de recrutement sont en cours, car plusieurs postes ne sont pas pourvus.

Les nouveaux employés ont tous des descriptions de tâches contenant des critères relatifs à la gestion des risques et la sécurité des usagers. L'établissement est encouragé à revoir de façon intégrée sa gestion documentaire et en particulier l'archivage. Nous avons constaté que certains endroits ne sont pas conformes pour un archivage sécuritaire.

L'équipe responsable de la formation continue à travailler avec beaucoup de rigueur afin d'améliorer les outils de travail et s'inscrire dans une vision CIUSSS. Malgré l'ampleur du travail, elle a réussi à dresser un portrait des formations offertes et des besoins. Le perfectionnement doit se poursuivre afin de mieux circonscrire les formations requises pour le nouveau personnel - volet de la sécurité des usagers et leur mise à jour.


La Direction des ressources humaines et des communications a procédé au lancement de la campagne de sensibilisation « Un milieu humain pour nous tous! » qui vise à promouvoir la civilité et à prévenir le harcèlement et la violence en milieu de travail. Une trousse d'outils intéressante est mise à la disposition du personnel pour la sensibilisation à ces thématiques. Les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence sont réalisés et déposés auprès comité de direction.

En ce qui a trait aux stratégies pour l'atténuation des risques liés à la sécurité concernant l'état de fatigue et de stress du personnel, des efforts sont consentis pour élaborer de nouvelles approches et de nouvelles stratégies. L'organisme a effectué le sondage « Entreprise en santé » et on attend les résultats pour élaborer un plan d'action spécifique. Il sera souhaitable de former le personnel à reconnaître les signes de détresse, et en collaboration avec le programme d'aide aux employés (PAE), de connaître le milieu pour mieux cibler les titres d'emploi ou les équipes plus à risque. Parmi les défis, il y a celui de garder le contact avec le milieu afin de poursuivre l'élaboration des activités centrées sur les équipes de travail.

L'équipe des ressources humaines a une bonne connaissance des défis et enjeux liés à la gestion de la présence au travail. Les processus liés à la gestion des activités au bureau de santé sont en révision. Les principaux écarts de performance constatés sont relevés et discutés avec les cadres concernés et les plans d'amélioration sont élaborés. La direction doit accorder une attention particulière à la mise en œuvre de l'actualisation des plans et de la mesure des effets escomptés.

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
<p>15.6 Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *.</p> <p>* Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p> <p>15.6.2 Le processus de divulgation est examiné et mis à jour, au besoin, une fois par cycle d'agrément, avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe.</p> <p>15.6.6 De la rétroaction est demandée aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>

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

La stratégie de gestion du changement entamée depuis 2015 dans la foulée des transformations organisationnelles majeures opérées au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale place la qualité et sécurité parmi les 5 piliers du Vrai Nord.

La gestion intégrée de la qualité occupe une place de choix dans les grands axes stratégiques. L'approche qualité et sécurité des usagers est présente à tous les niveaux de l'organisme. La collaboration avec les milieux universitaires est très active.

Le conseil d'administration appuie les activités et les réalisations en matière de sécurité des usagers. Un modèle intégré du partenariat avec l'utilisateur du CIUSSS de la Capitale-Nationale, permettant à l'ensemble de l'organisme une utilisation optimale du vécu et du savoir des usagers dans une perspective de responsabilité sociale, est mis en place. Dans ce contexte, un bureau de partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique a été créé et des patients partenaires recrutés.

Aussi, l'organisme a mis en place une politique en vue de l'harmonisation des règlements et procédures, notamment en matière de gestion intégrée de la qualité et de la santé, sécurité et bien-être au travail.

Le concept du caucus et sa présence dans les différentes directions offre un espace d'échange et de discussion dont l'objectif principal est l'amélioration de la qualité des soins prodigués et la sécurité de l'utilisateur. Il s'agit d'une mesure innovante qui contribuera certainement à la culture qualité.

Il est souhaitable de poursuivre l'harmonisation des politiques et procédures de gestion des risques au niveau de tout le CIUSSS.

Aussi, nous suggérons d'achever la mise en place de la politique et des procédures de divulgation des événements aux usagers et aux familles qui est en cours d'élaboration, et de continuer à enrichir le processus de recrutement des usagers partenaires.

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

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

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

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

Il faut reconnaître la qualité, la compétence et la représentativité des membres de l'équipe du comité d'éthique clinique et l'enseignement (CECE). Le processus pour la rédaction du cadre en éthique clinique et organisationnelle a été réalisé avec la collaboration de l'utilisateur et plusieurs intervenants internes. Les activités en matière d'éthique organisationnelle, clinique et de recherche ont été maintenues lors de la transition.

Le CIUSSS a retenu un modèle « réseau en étoile ». Ce modèle permet de maintenir en place l'expertise existant dans les anciennes installations et ainsi d'avoir une présence de proximité. Les « pointes de l'étoile » se traduisent en Comité consultatif en éthique, tandis que son cœur demeure le CECE. Suivant l'élaboration du cadre en éthique, plusieurs formations de sensibilisation ont été offertes dans les différents secteurs. Il reste à rendre la culture de l'éthique présente dans les activités cliniques et organisationnelles pour aider les intervenants, les médecins, les gestionnaires et les administrateurs à fonder leurs décisions sur des principes éthiques reconnus.

Le soutien sur le terrain se manifeste notamment par des consultations en matière éthique sur demande des équipes de soins ou autres personnes confrontées à une situation ou à un dilemme éthique. Le personnel connaît la procédure pour avoir de l'information qui touche un dilemme éthique ou pour faire face aux problèmes et à des préoccupations liées à l'éthique. Dans ces cas, le personnel s'en remet à son supérieur immédiat. Lors de ces consultations, on utilise des outils d'analyse des dilemmes éthiques permettant une analyse structurée des problèmes. Les dossiers des usagers sont représentatifs des consultations tenues et permettent de faire la démonstration de la gestion du dilemme éthique. Il y a des thématiques qui sont plus fréquentes que d'autres et pour lesquelles le comité pourrait proposer des mesures de sensibilisation et de formation, comme le consentement, la confidentialité et les soins de fin de vie.

L'établissement participe à des projets de recherche locaux et multicentriques. Un comité d'éthique de la recherche (CER) est en place. Le cadre réglementaire lié à l'éthique de la recherche a été adopté par le conseil d'administration. La documentation concernant la formulation d'une demande d'évaluation d'un projet de recherche autonome ou multicentrique, l'évaluation d'un projet de recherche, le renouvellement annuel de l'approbation d'un projet de recherche et le formulaire d'information et de consentement sont complets. Ce comité d'éthique de la recherche exerce ses fonctions de façon très rigoureuse. Le CER est aussi resté sectoriel, cela pour maintenir l'expertise dans chaque secteur : neurosciences et santé mentale; jeunes en difficulté et leur famille; réadaptation et intégration sociale; et santé des populations et première ligne.

Il faut féliciter le comité pour sa grande accessibilité et sa grande rigueur. Le nombre de consultations a presque doublé en deux ans, ce qui est un bon indicateur de la sensibilisation aux situations éthiques et de la possibilité d'avoir accès à l'expertise.



## Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
11.3 Les politiques et les procédures à l'appui de la collecte, de la saisie, de l'utilisation, de la transmission et de la conservation de l'information sont mises en oeuvre et régulièrement examinées et mises à jour.	!
11.4 Il existe des politiques et des processus qui permettent aux usagers d'accéder facilement à l'information contenue dans leur dossier de façon systématique et en temps voulu.	
11.7 La qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme sont évaluées régulièrement, et les résultats servent à améliorer les systèmes d'information.	

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

Nous avons observé que la direction des communications travaille en étroite collaboration avec ses partenaires internes, dont le bureau de l'utilisateur partenaire, et externes, dont les fondations et les organismes communautaires afin de faire connaître les nouvelles mission, vision et valeurs CIUSSS et d'éduquer les partenaires à leur sujet. L'organisme est conscient des défis importants d'harmonisation et de diffusion des nouvelles politiques et procédures et par conséquent, un plan structuré et des actions de proximité avec les employés, usagers et partenaires sont en cours. À titre d'exemple, la plage horaire du vendredi matin est réservée à des rencontres entre les gestionnaires et leur personnel. Outre le défi d'harmonisation des politiques et procédures, on suggère à l'organisme de mettre en place un processus formel d'évaluation et de mise à jour des politiques, des procédures et de l'utilisation des données afin d'en évaluer la pertinence et l'efficacité.

## Processus prioritaire : Environnement physique

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
9.2 Il y a des mécanismes pour obtenir l'apport des usagers et des familles afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.	

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

L'équipe de la Direction des services techniques (DST) a été en mesure de présenter des plans, des stratégies, une vision et une volonté marquée d'harmoniser, optimiser et standardiser les pratiques dans les divers services de la direction. À cet effet, l'implantation du système de gestion de maintenance assisté par ordinateur (GMAO) aidera grandement l'équipe. Celle-ci est également consciente que cette harmonisation aura un impact positif sur l'offre de services. Toutefois, nous avons observé qu'il n'existe pas de processus formel pour documenter les interventions (quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles, etc.) sur les équipements (système de ventilation, système de chauffage et autres) à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) et à l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ). Les documents existent, mais ils ne sont pas remplis. Nous recommandons à l'organisme de s'assurer que la documentation des entretiens préventifs soit consignée lorsqu'ils sont faits. Aussi, il existe des mécanismes formels et une réelle volonté de créer des projets de rénovation et d'amélioration des espaces en minimisant l'incidence sur l'environnement. On a également observé qu'il existe des affiches pour indiquer qu'il est interdit de fumer à moins de 9 mètres des entrées. Toutefois, les zones (9 mètres) ne sont pas délimitées afin d'indiquer clairement à partir de quel endroit on peut fumer. Nous recommandons donc à l'organisme d'améliorer cette signalisation. Finalement, nous n'avons pas pu observer de projet de rénovation ou d'amélioration des espaces avec l'apport des usagers, puisqu'il n'y en avait pas en cours. Toutefois, il existe une procédure et l'équipe est entièrement favorable à intégrer un usager partenaire dans les réflexions sur les projets d'amélioration des espaces.

## 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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
14.1 Des plans de prévention et de réduction des situations d'urgence et des sinistres potentiels sont élaborés et mis en oeuvre.	!
14.2 Un plan d'intervention relatif à tous les sinistres ou toutes les situations d'urgences est élaboré et mis en oeuvre.	!
14.4 De la formation est offerte pour appuyer le plan d'intervention relatif à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence.	
14.5 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
14.6 Les résultats de l'analyse et du bilan qui font suite à l'exercice sont utilisés pour réviser au besoin les plans et procédures relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgences.	
14.9 Un plan de continuité des opérations est élaboré et mis en oeuvre afin de poursuivre les activités critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.	
14.10 Le plan de continuité des opérations porte sur les systèmes d'appoint pour les services publics et les systèmes essentiels pendant et après les situations d'urgence.	!

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

Sur le plan stratégique et tactique, les programmes des mesures d'urgence et de sécurité civile sont très bien structurés et organisés. De plus, nous avons observé qu'il existe une grande proximité et une collaboration dynamique entre les divers acteurs internes, dont l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI), santé publique et les partenaires externes. Les documents (politiques, procédures, lignes directrices, guides, etc.) sont élaborés, mais la diffusion sur les lieux de travail n'est pas mise en oeuvre (par exemple, la charte des codes de couleurs sur les divers sites et à l'endos des cartes des employés). Nous recommandons à l'organisme de s'assurer que les chartes de codes soient affichées sur les unités de soins et autres endroits jugés stratégiques et, tel que planifié, que toutes les cartes d'employés possèdent les chartes de couleurs des codes et le numéro à composer en cas d'urgence. De plus, nous avons observé que des exercices de simulation, des formations et un mécanisme d'évaluation et d'amélioration continue

pour les codes rouge et vert sont bien implantés et connus par le personnel rencontré. Cependant, nous n'avons pas pu observer cette même structure et ces mécanismes pour les autres codes, dont les codes bleu, blanc et jaune. À cet effet, plusieurs intervenants cliniques et employés non cliniques rencontrés et impliqués dans le déploiement des codes précités sont favorables à ce que des exercices de simulation, de la formation continue et des mécanismes d'évaluation soient implantés. Nous recommandons donc à l'organisme d'adapter le modèle des codes rouge et vert (exercice de simulation, formation, évaluation et amélioration continue) pour chacun des codes selon les besoins et la criticité des sites, en tenant compte des missions et types de clientèles des emplacements. Nous avons également observé l'absence de code pour une demande d'assistance médicale. À cet effet, nous recommandons à l'organisme de définir les modalités pour harmoniser la marche à suivre en cas de demande d'assistance médicale dans l'ensemble du CIUSSS. À cet égard, le code mauve est utilisé en cas de besoin d'assistance médicale sur le site de l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ). D'autre part, le plan de continuité des opérations est en cours d'élaboration et devra inclure les activités de délestage afin d'assurer la continuité des opérations des systèmes d'appoint pour les services publics et systèmes essentiels pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence. Finalement, nous avons pu apprécier la capacité de réaction et d'apprentissage ainsi que le leadership du CIUSSS lors de l'évènement de la mosquée de Québec. Plusieurs apprentissages liés à cet évènement sont déjà en place dans le CIUSSS.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Un processus sur la gestion des cheminements des usagers est en place. Il est aussi intéressant de constater la convergence des mesures pour l'atteinte d'objectifs communs déployés par plusieurs services ces mesures étant déployées en parallèle ou en séquence. L'équipe s'est donné une méthodologie de travail inspirée des principes de la méthode LEAN et de la gestion de projet. La charte de projets est réalisée et les membres du comité de direction assurent la responsabilité des projets. Le suivi est effectué dans la salle de pilotage stratégique et la salle de pilotage tactique avec des indicateurs déterminés. Le personnel d'encadrement démontre une réelle volonté de travailler de façon « interdirectionnelle ».

Pour les directions programmes visitées, il y a cinq axes d'intervention qui portent sur : l'aide à partir du domicile; l'aide à partir d'un GMF; l'aide à partir d'un CLSC; l'aide à partir de l'hôpital; et l'aide à partir d'une orientation par le médecin, un professionnel ou l'utilisateur lui-même. Le but est d'avoir un accès centralisé aux soins et services et de promouvoir la mobilité de l'expertise.

Assurément, il reste encore l'harmonisation du processus, entre les pratiques et les systèmes de gestion d'un endroit à l'autre. Cependant des trajectoires pour la clientèle DI-TSA-DP et la clientèle de santé mentale sont à l'étude et vont promouvoir le concept de « cellule de travail ou territorial », favorisant ainsi une gestion de proximité. Ce principe est renforcé par la pratique systématique faisant que les vendredis matin, des gestionnaires se consacrent à ce type d'intervention. On encourage le comité de coordination clinique à poursuivre ces initiatives sur la trajectoire des usagers, car des projets pilotes indiquent déjà une réduction du délai moyen d'accès au service.

Le cheminement des usagers exige l'implication et la compréhension de tous les acteurs de l'organisation. Dans cette optique, des travaux qui identifient les sources motivant un recours aux urgences psychiatriques ont été évalués. Un projet d'optimisation avec les partenaires est en cours.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
9.6 Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.	

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

Il a été observé qu'il existe une dynamique harmonieuse entre la DST, la PCI, la DQEP et la DL pour assurer une gestion rigoureuse de la traçabilité des équipements et appareils médicaux. De plus, des efforts et une planification sont en cours pour établir des processus efficaces pour les entretiens préventifs et correctifs des équipements et appareils médicaux pour l'ensemble du CIUSSS. À cet effet, il existe plusieurs politiques et procédures pour l'URDM qui restent à harmoniser en format CIUSSS au niveau de la PCI, mais un plan pour y arriver est en cours. De plus, bien qu'il existe un processus, il n'y a pas de politique ou protocole pour assurer une disposition des appareils médicaux (autres que les endoscopes). Nous recommandons donc à l'organisme de continuer de soutenir les efforts en ce sens et de finaliser l'écriture et l'harmonisation de politiques CIUSSS. Finalement, les contrats avec certains fournisseurs incluent la formation et la certification des employés avant d'utiliser les équipements et appareils médicaux. Toutefois, nous n'avons pas observé de procédure ou une politique cadre qui garantit que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.

## 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 : Déficits sur le plan du développement - Secteur ou service

Critère non respecté

Critères à  
priorité élevée

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

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

**Processus prioritaire : Compétences**

4.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.

4.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

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

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

3.2 Les exigences et les lacunes liées à la technologie et aux systèmes d'information sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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.



14.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.

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

Le leadership clinique dans ce programme est remarquable et part de sa direction.

Les assises cliniques qui étaient présentes dans les deux anciens CRDI (Québec et Charlevoix), et l'intégration des services en déficience physique dans le programme clientèle, ont permis une large et profonde révision de l'organisation des services facilitant des résolutions rapides de problèmes (système cascade), mais surtout un questionnement centré sur les listes d'attente et les réels besoins des usagers et des familles. Cette révision a abouti à la création de cellules de travail par dyade, avec des épisodes de services fixés à 90 jours, à des trajectoires de services de proximité favorisant l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité, et la complémentarité des différentes expertises des intervenants et des professionnels (travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, psychoéducateurs, ergothérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes). De plus, ce leadership s'appuie sur la participation du patient partenaire. Les gestionnaires sont déterminés à étendre cette façon de travailler : passer de faire avec l'utilisateur à faire avec l'utilisateur, à l'ensemble des caucus, des plans d'action et des Kaisens prévus dans le programme jeunesse et adulte DI-TSA.



Les défis pour assurer la continuité et l'intensité des services de qualité dans ce contexte clinique seront, entre autres, de maintenir les expertises et la stabilité du personnel et des gestionnaires.

### Processus prioritaire : Compétences

Les compétences des équipes œuvrant auprès des clientèles DI-TSA ont toujours été reconnues : les équipes, les membres du personnel sont dévoués et engagés, et effectuent des accompagnements dignes de mention (encadrement des centres de jour, des plateaux de travail, des RAC, l'ICI [intervention comportementale intensive] auprès des jeunes TSA, les suivis en réadaptation). Ils reçoivent de la formation ciblée lors de leur entrée dans le CIUSSS car, en effet, la clientèle reçue dans certaines ressources à assistance continue, ou dans les centres de jours et plateaux de travail, exige une bonne connaissance de la déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et des troubles graves du comportement. Dans les RAC St-Placide à Baie-St-Paul, une organisation du travail innovante favorise la stabilité du personnel, par conséquent, sa rétention, mais est surtout garante de l'encadrement clinique professionnel nécessaire pour éviter les mesures de contention ou d'isolement aux personnes manifestant des troubles graves du comportement résidant dans ces RAC. Compte tenu de la prévalence et du nombre de plus en plus important d'admissions dans les services DI-TSA de personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme, l'établissement a commencé à travailler sur un plan d'action visant à optimiser le cheminement des jeunes et adultes TSA.

Les compétences du personnel pour assurer à cette clientèle des services adaptés à leurs besoins (hébergement et activités ou intégration professionnelle) et sécuritaires autant pour eux-mêmes que pour les intervenants nécessitent formation et perfectionnement balisés, mais aussi des charges de travail évaluées régulièrement.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Afin de mieux cerner les besoins des usagers (la bonne personne dans le bon service, avec le bon intervenant), un travail remarquable a été mené dans les services résidentiels DI-TSA à Baie-St-Paul grâce à un outil de repérage ciblant la qualité de vie de l'utilisateur, le nombre de ses chutes, ses problèmes éventuels de dysphagie et les mesures de contentions dont il fait éventuellement l'objet. La révision du continuum résidentiel et des activités socioprofessionnelles et communautaires est également amorcée pour l'ensemble du programme DI-TSA-DP afin de mieux gérer les listes d'attente et de répondre aux besoins émergents de la clientèle TSA.

La gestion de ces différentes listes d'attente a d'autre part incité la direction à mettre en œuvre des changements de paradigmes. Ainsi, des mesures d'appoint sont organisées par des professionnels pour soutenir les usagers en attente d'un accès aux épisodes de soins. L'imputabilité des intervenants, leur responsabilisation et leur discernement sont recherchés pour favoriser une meilleure fluidité dans les trajectoires des jeunes et des adultes.

L'intensité des services est davantage modulée selon les besoins de l'utilisateur et de sa famille, et les intervenants sont encouragés à être plus proactifs, à se questionner sur les accompagnements effectués auprès des usagers en lien avec les objectifs ciblés, mais aussi à travailler par épisodes de services. Le plan d'action ministériel encadre les pratiques et les délais de prise en charge sont rigoureusement suivis pour tendre à les respecter.

Le défi principal des gestionnaires consiste toujours à assurer l'adhésion des parties prenantes et à susciter l'investissement des intervenants dans l'efficacité, le partage d'expertises et l'ouverture à se mettre de l'avant dans l'intérêt des clientèles suivies.

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

Les dossiers sont gérés électroniquement. Dans certains sites (plateaux de travail, centres de jour), les dossiers sont tenus manuellement, mais le nécessaire est effectué pour la mise à jour du dossier central. Des politiques et procédures encadrent l'obtention de l'information sur l'utilisateur ou sa famille et sa consignation dans le dossier. Des classeurs détenant de l'information sur le quotidien des usagers sont mis en place sur plusieurs sites, de manière à permettre une continuité dans l'accompagnement de la personne par du personnel appartenant à la liste de rappel. Le défi est de s'assurer que les systèmes informatiques communiquent entre eux, car la situation actuelle peut générer des obstacles à l'accès aux services.

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

Beaucoup de processus, de stratégies d'optimisation et de plans d'action sont actuellement mis en place dans la direction DI-TSA-DP pour améliorer la qualité de l'offre de services avec la volonté manifeste d'impliquer le patient partenaire (réalisé dans le comité de gestion des risques). Les objectifs visent une réorganisation des services en profondeur pour préparer l'avenir et faire face aux besoins futurs en intensifiant la qualité des services, en renforçant les services de proximité, en travaillant avec les partenaires pour améliorer l'accès des usagers dans les services d'adaptation et de réadaptation, en modelant la trajectoire des 6-21 ans TSA afin de raccourcir leurs listes d'attente, en travaillant en amont par la mobilisation des équipes d'intervention, en définitive en s'appropriant les chaînes de valeur, c'est-à-dire en mettant en place un enchaînement harmonieux de l'ensemble des opérations, activités et processus permettant d'améliorer les trajectoires et d'offrir des soins et services spécifiques en réponse aux besoins de l'utilisateur.

En lien avec la gestion des risques, l'établissement est invité à remettre en question la sécurité du personnel et des usagers dans certains points de service accueillant une clientèle TGC.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
2.10 Le comité interdisciplinaire élabore un processus visant l'utilisation des échantillons de médicaments.	
2.11 Le comité interdisciplinaire élabore un processus pour l'utilisation des médicaments expérimentaux qui est conforme aux règlements de Santé Canada.	
6.5 Les équipes peuvent accéder à un pharmacien en tout temps, sur place ou sur appel, pour répondre aux questions sur les médicaments ou la gestion des médicaments.	!
8.2 Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système informatique de la pharmacie doit être élaborée et mise en oeuvre.	!
8.4 Le système informatique de la pharmacie est testé régulièrement pour s'assurer que les alertes fonctionnent bien.	!
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.	!
14.9 La conformité aux politiques et aux procédures relatives aux ordonnances de médicaments est évaluée régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	!
15.1 Le pharmacien examine toutes les prescriptions et les ordonnances de médicaments émises dans l'organisme avant l'administration de la première dose.	!
16.4 Les produits stériles et les solutions intraveineuses sont préparés dans une zone séparée munie d'une hotte à flux laminaire certifiée.	!
16.5 Tout contact direct avec le médicament est évité en cours de préparation.	!
18.2 Les médicaments sont délivrés dans des emballages à dose unitaire.	!

18.4	Si des distributeurs automatiques sont utilisés, il existe des politiques et des procédures portant sur l'accès, l'emplacement, le type d'information disponible sur les médicaments, la vérification et le renouvellement des médicaments.	
19.3	Le mécanisme de délivrance des médicaments pour les périodes où la pharmacie est fermée est évalué régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	
21.1	L'information sur les médicaments est discutée et consignée avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, et ce, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	!
27.2	Lorsque les processus de gestion des médicaments sont confiés à des fournisseurs de l'externe, un contrat qui exige des niveaux de qualité constants et le respect des normes de pratique approuvées est établi et maintenu avec chaque fournisseur.	
27.3	Lorsque les processus de gestion des médicaments sont confiés à des fournisseurs de l'externe, la qualité des services fournis est vérifiée régulièrement.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>		

Le service clinique de pharmacie a défini et adopté son plan d'organisation administratif le 18 août 2016. Un gestionnaire du service est appuyé par quatre chefs de sites qui se répartissent le territoire de la Capitale-Nationale. Afin d'assurer une gestion de proximité, une structure de coordonnateurs, de chefs d'assistants techniques et des adjoints assurent une responsabilité d'opérations et de développement clinique. Cette structure permet d'embrasser de nombreux projets d'amélioration de l'offre pour les services pharmaceutiques dans tous les CIUSSS.

Les employés reçoivent de l'information sur la gestion des médicaments lors de l'orientation générale. Par la suite, des formations sont offertes par différents mécanismes tels que l'autoformation sur la plateforme multi-accès, avis par courriel sur les particularités liées à un médicament, etc. Récemment, une formation a été offerte sur la gestion des médicaments à risque élevé grâce à un kiosque mobile qui a fait le tour des unités de soins. Cette stratégie mérite d'être soulignée. Les différents secteurs visités et les professionnels rencontrés démontrent un grand engagement envers les usagers desservis.

Un comité interdisciplinaire actif réunit infirmières, médecins et pharmaciens afin de traiter des enjeux prioritaires par l'équipe. Ce fonctionnement est efficace et génère des améliorations de la qualité et de la gestion des risques au profit des usagers desservis. Cette tribune est efficace et mobilise les intervenants.

## 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>	
4.7 Les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections sont régulièrement mises à jour en fonction des modifications apportées aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables.	!
7.2 Une politique d'immunisation est élaborée ou adoptée pour procéder au dépistage auprès des membres de l'équipe et leur offrir la vaccination.	!
7.3 Des politiques et des procédures sur l'utilisation de l'EPI approprié à la tâche sont en place.	!
9.3 Il existe des politiques et des procédures pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique, ainsi que pour la consignation de cette information.	!
9.4 Des politiques et des procédures sont en place pour le nettoyage et la désinfection de la chambre des usagers qui font l'objet de précautions additionnelles.	!
9.5 La conformité aux politiques et aux procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique est régulièrement évaluée, avec l'apport des usagers et des familles, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
9.7 Lorsque les services de nettoyage sont confiés à des prestataires de l'externe, la qualité des services fournis est vérifiée régulièrement.	
12.1 Il existe un plan de surveillance qui respecte les lois applicables, les données probantes, les meilleures pratiques et les priorités organisationnelles.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	

Les politiques et les protocoles de prévention et de contrôle des infections sont élaborés. Les lignes directrices sont énoncées en lien avec la mission du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale. Le programme apporte à tous les administrateurs, les gestionnaires et les partenaires externes de l'organisme un apport important dans le souci de protéger les usagers contre des bactéries pathogènes et les infections nosocomiales.

Dans ce même ordre d'idées, le programme répond à la qualité et à la sécurité des soins et des services dispensés aux usagers.

Les protocoles et les processus sont élaborés et en diffusion dans les différentes installations du CIUSSS. Les étapes de diffusion sont en voie de réalisation afin que soient transmis tous les outils pour l'harmonisation des pratiques des intervenants dans l'organisme.

Il faut souligner l'implication et la collaboration de l'équipe de prévention et de contrôle des infections dans les différents comités tels que : travaux de devis, comité de santé et de sécurité au travail (CSST), hygiène et salubrité, et gestion des risques, pour ne nommer que ceux-là.

La direction fait preuve de leadership dans la réalisation des objectifs et des actions qu'elle est tenue de réaliser par ses responsabilités et les rôles qu'elle assume dans l'organisme.

Nous soulignons la participation active des infirmières en prévention au sein de l'Association provinciale des infirmières en prévention des infections. Cette visibilité leur donne le privilège d'être des professionnelles de référence, pour leur expertise en prévention et contrôle des infections dans le réseau de la santé.

Les infirmières en prévention sont réparties dans les établissements selon le nombre de lits et types de clientèle.

À l'Institut universitaire de santé mentale de Québec, les protocoles et procédures sont mis en application. La visite d'une unité de soins est conforme au respect des normes de prévention et de contrôle des infections.

À l'hôpital de Baie-Saint-Paul, des outils sont en place pour un dépistage rapide, et des interventions de mesure de protection sont mises en fonction dès l'évaluation de la situation.

Des distributeurs et des affiches sont placés aux endroits stratégiques de manière à faciliter l'accès à toutes les personnes qui circulent dans l'établissement.

Dans les programmes d'accueil et d'orientation, de la formation sur l'hygiène des mains est offerte et l'utilisation de l'équipement protecteur est à la disposition du personnel.

Nous soulignons la rigueur dans le processus de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique des usagers. Chaque employé d'hygiène et de salubrité a reçu de la formation. Le personnel est encadré dans ses fonctions et ses responsabilités. Chaque chariot possède les affiches nécessaires aux étapes de nettoyage et de désinfection.

Aussi, l'unité de retraitement de l'équipement médical suit son processus de façon adéquate et le matériel ne subit aucun croisement. Le travail est fait en respectant les règles de protection.

L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) est un établissement de 110 lits qui offre des services à une clientèle présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou des troubles du spectre de l'autisme dans un cadre de réhabilitation.

Les procédures et protocoles de prévention et de contrôle des infections sont respectés. Un dépistage est fait aussitôt qu'il y a observation de signes d'infection. Des affichettes et le matériel de désinfection des mains sont accessibles.

De plus, les protocoles sont à la portée du personnel et faciles de consultation.

Un plan d'action a été élaboré au site Hamel ainsi qu'au site St-Louis, dans lequel on retrouve l'état de la situation, les correctifs apportés et l'état d'avancement, et ce, dans le cadre d'un processus d'amélioration.

Une formation sur le lavage des mains a été offerte dans les établissements visités. Des contrôles ont été faits et les résultats ont été transmis au personnel concerné.

Nous soulignons le dynamisme des équipes rencontrées et le souci de contribuer à la qualité et à la sécurité des usagers.

Le Centre de réadaptation en dépendance (CRDQ) possède 12 lits d'hébergement. Lors de l'admission, un dépistage est fait pour identifier une infection dans le but de favoriser une intervention rapide. On fait aussi un dépistage pour les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).

Considérant la vocation du centre et les objectifs de maintenir l'autonomie des usagers, des mesures adaptées à la clientèle sont prises pour assurer la sécurité de la clientèle et éviter la contamination.

Les responsabilités du personnel sont aussi assumées pour les services qui concernent les services alimentaires, l'hygiène et salubrité (l'existence d'une fiche-synthèse) ainsi que la buanderie (l'entreposage du linge propre et souillé). Une fiche pour le processus de désinfection est fixée au lit afin de favoriser un processus conforme.

Lors de la visite des lieux, on a constaté la présence d'affichettes et de distributeurs de gel hydro-alcoolique aux endroits stratégiques.

Un plan d'action a été élaboré sur l'état de la situation concernant la prévention et le contrôle des infections. Des ajustements ont été apportés pour assurer le respect des normes d'agrément. À titre d'exemple : l'ajout de contenants de lingettes nettoyantes et désinfectantes pour la désinfection des équipements utilisés entre les usagers.

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDIQ)



On retrouve des centres de jour et des ateliers de travail. Aussi, des équipes dévouées à la clientèle. Nous

invitons l'organisme à évaluer les besoins en vue de l'ajout de matériel de prévention et de contrôle des infections. De plus, quelques ajustements dans l'environnement physique seraient nécessaires pour l'hygiène et la salubrité du matériel servant à l'apprentissage d'un usager.

---



## 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>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
6.4 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.	
6.5 Les besoins des usagers qui sont en attente de services sont régulièrement examinés et les besoins des usagers qui vivent une urgence ou une situation de crise sont rapidement satisfaits.	
7.1 La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse.	
7.14 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	
9.2 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 9.2.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	 <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 réadaptation a intégré les patients partenaires à différents niveaux, y compris certains domaines liés à la conception des services et à l'élaboration d'outils cliniques. Une trousse d'accompagnement pour mieux comprendre le TDC a été élaborée avec la participation des parents partenaires pour faire en sorte que le matériel soit pertinent et approprié.

Le développement des relations de travail ainsi que l'implication des partenaires communautaires ont également une place importante dans cette direction. Dans tous les sites visités, on nous signifie que la participation et l'implication en intercollaboration des partenariats communautaires ont été des éléments essentiels dans la mise en place et la réalisation de différentes activités cliniques. À titre d'exemple :

- Dans les écoles spécialisées, l'équipe de réadaptation et l'équipe des enseignants scolaires travaillent s'intègrent bien l'une à l'autre.
- Au site Hamel, des organismes communautaires comme Moelle épinière et motricité Québec ont la possibilité de partager les locaux.
- Dans les appartements adaptés, les partenariats avec les promoteurs d'appartements ainsi que les groupes communautaires comme la Coopérative de service à domicile de Québec ont fait de ces projets une réalité.
- À Portneuf, le personnel de réadaptation participe avec les partenaires communautaires dans les activités locales, y compris les efforts conjoints pour les activités pendant la Semaine québécoise des personnes handicapées.

Toutefois, le partenariat avec certains partenaires semble un peu plus précaire. L'équipe est encouragée à définir davantage les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes afin de maintenir des intercollaborations efficaces dans le respect des mandats de chacun.

### Processus prioritaire : Compétences

Les employés disent avoir accès à toute une gamme de formations favorisant l'amélioration continue de leurs compétences. Un nombre de formations obligatoires et organisationnelles est disponible via la plateforme multiaccess. Le partage d'information est aussi favorisé lors des rencontres mensuelles des regroupements professionnels.

Les équipes de réadaptation travaillent en étroite collaboration. L'approche préconisée inclut non seulement une participation interdisciplinaire, mais aussi l'implication des partenaires externes et des usagers ainsi que des familles.

Les intervenants rencontrés ont tous affirmé connaître le processus de gestion des risques. Cependant, la connaissance des tendances générales des accidents et incidents nous apparaît moins cohérente. Le CIUSSS est encouragé à poursuivre la recherche de stratégies permettant de diffuser l'information afin de transformer la perception des signalements et de l'analyse des incidents et des accidents en occasions d'apprentissage.

Le programme clinique de soins palliatifs et soins de fin de vie a été diffusé aux intervenants. Par contre, la discussion et l'identification des niveaux de soins avec l'utilisateur ne se réalisent pas de façon systématique pour tous les usagers lors de l'admission.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Afin de faciliter l'accès, d'assurer la standardisation des renseignements reçus et de faciliter une bonne prise de décision, l'équipe a élaboré et mis en place un service d'accueil, évaluation et orientation (AEO) centralisé. En plus de réduire la nécessité pour les usagers de répéter l'information, l'AEO contribue également à ce que les usagers reçoivent les services de réadaptation appropriés à leurs besoins. Les critères d'admissibilité aux programmes sont bien définis.

Une fois que l'évaluation des besoins de l'utilisateur est terminée, les plans d'intervention avec des objectifs bien définis sont mis en place avec la collaboration de l'utilisateur et de sa famille. L'utilisateur connaît et accepte d'être partie prenante du processus. La participation des parents est grandement sollicitée en ce qui concerne les enfants.

Afin de faciliter cette participation, l'équipe s'assure que les renseignements communiqués concernant les besoins de l'utilisateur soient bien compris. Une trousse d'accompagnement pour mieux comprendre le TDC a été élaborée avec la participation des parents partenaires, dans l'objectif de s'assurer que le matériel disponible est pertinent et approprié.

La structure de soutien en éthique clinique est bien connue de cette équipe. L'équipe a, à plusieurs reprises, fait appel à cette structure de consultation afin d'appuyer et de documenter des avis à l'égard de leurs préoccupations.

Malgré l'approche structurée du service d'AEO, des critères d'admissibilité ainsi que des lignes directrices pour réviser la priorité pour les usagers inscrits sur la liste d'attente doivent être élaborés dans certains programmes de réadaptation.

L'équipe reconnaît la nécessité de mettre en application la pratique de deux identifiants de l'utilisateur et elle a pris des mesures pour la mettre en application. Des sessions de remue-méninges pour s'assurer de l'appropriation de cette pratique par les intervenants, ainsi que le projet des étiquettes d'identification pour les transports en autobus des enfants au site de St-Louis, témoignent de l'engagement de la direction. L'équipe est encouragée à poursuivre l'actualisation de ce processus afin d'assurer la conformité de celui-ci à tous les sites.

Bien que les transitions soient bien planifiées et que les parties prenantes et les usagers soient bien préparés à la transition, nous encourageons l'équipe à accorder une attention particulière à la transition pour les usagers qui doivent transiter du programme pédiatrique vers le programme adulte, ceci afin d'éviter des écarts dans les services requis par les usagers.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe de réadaptation (DP) a déployé le SIPAD (dossier électronique) il y a environ un an et demi. Les dossiers utilisateurs, conservés parfois électroniquement et parfois en version papier, nous apparaissent complets. Les utilisateurs des services et les parents peuvent accéder aux renseignements.

Afin de faciliter le travail d'équipe interdisciplinaire et de s'adapter à la réalité du vaste territoire couvert par l'équipe, le CIUSSS est encouragé à poursuivre le déploiement d'un système de documentation électronique permettant d'éliminer le mode de documentation hybride et de faciliter l'accès à l'information pour tous les membres de l'équipe.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'utilisation des données probantes est bien ancrée dans cette équipe. Les chercheurs sont depuis longtemps intégrés dans les équipes cliniques, ce qui favorise l'échange bidirectionnel de réalités cliniques, de nouveaux renseignements et de pratiques émergentes. De plus, les professionnels partagent et analysent l'information par l'entremise de leurs regroupements professionnels. Ces nouvelles pratiques sont ensuite décortiquées aux fins de faisabilité et éprouvées avant la mise en application. Les patients partenaires commencent à être impliqués dans les analyses et la mise en application des nouvelles pratiques.

La sécurité des usagers est une grande préoccupation pour l'équipe de professionnels. Des activités sont organisées pour les usagers afin de favoriser leur autonomie. À titre d'exemple : à l'Hôpital de Baie-St-Paul, une activité communautaire pour les sports adaptés a eu lieu avec le soutien des bénévoles et des parents. Cette activité avait comme objectif de faire connaître aux usagers l'équipement sécuritaire pour des activités exercées en toute sécurité. À Portneuf, l'équipe a suggéré qu'une rampe additionnelle soit ajoutée pour les escaliers afin d'assurer la sécurité des usagers pédiatriques. Nous soulignons l'intérêt que les membres de l'équipe ont démontré envers leur clientèle lors des rencontres réalisées. Ces équipes sont engagées et motivées à dispenser des services sécuritaires et de qualité à la clientèle desservie.

L'équipe continue à déployer des efforts soutenus à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des services. Ces efforts d'amélioration sont guidés par la collecte de différentes données objectives, y compris les commentaires et rétroactions des utilisateurs. L'évaluation du programme d'expertise de réadaptation en douleur chronique (PERDC) en est un exemple, où des patients partenaires ont été impliqués dans le processus d'évaluation et d'amélioration continue. La direction est invitée à poursuivre la diffusion de l'information sur les évaluations et les projets d'amélioration à l'ensemble du personnel.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.5 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.6 Les processus et politiques pour répondre aux divers besoins des usagers et des familles desservis sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
1.7 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec 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.	
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
2.6 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
2.7 L'environnement physique est sécuritaire et confortable et il favorise le rétablissement de l'utilisateur.	
7.10 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!

9.10	Les besoins de l'utilisateur en matière d'activités physiques sont appuyés dans le cadre d'une prestation complète des services.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
12.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
<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.	!
13.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
13.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
15.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
15.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
15.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

L'approche orientée vers le rétablissement et la primauté de la personne suscite l'intérêt à l'égard de l'élaboration d'activités visant à lutter contre la stigmatisation. Citons, notamment : la Bibliothèque vivante en collaboration avec la bibliothèque de la ville pour des échanges avec les usagers lors de la journée grand forum sur le rétablissement et la Semaine de la santé mentale; et des accompagnements au CEGEP pour les activités de formation et d'autres activités dans la communauté. L'embauche des usagers est également une initiative favorisant la lutte contre la stigmatisation.

La collaboration interdirectionnelle permet de maintenir une cohésion remarquable au sein des équipes pour l'atteinte d'un objectif commun.

Plusieurs travaux sont en cours pour améliorer l'accessibilité et la fluidité et élaborer des solutions de rechange à l'hospitalisation. Le traitement intensif bref à domicile ou l'hospitalisation à domicile, implanté selon une approche interdisciplinaire, permet d'offrir un traitement en partenariat avec l'usager, la famille et les professionnels dans son milieu de vie sans compromettre la qualité et la sécurité des soins.

**Processus prioritaire : Compétences**

La formation et le perfectionnement des membres de l'équipe sont plutôt déterminés par le personnel d'encadrement. Les usagers et les familles ne constituent pas encore une partie prenante dans ce processus. Néanmoins, l'organisme examine sérieusement la possibilité d'impliquer les usagers et les familles dans le processus de définition des compétences et des besoins de formation par l'intermédiaire du comité des usagers. Il envisage également la possibilité de faire participer un représentant des usagers et des familles lors des entrevues d'embauche.

Les professionnels rencontrés sont généralement satisfaits de la formation offerte pour réaliser leurs tâches avec sécurité. Les rôles et les responsabilités de chacun sont bien définis et il existe une approche collaborative interprofessionnelle remarquable pour offrir des soins et des services de qualité aux usagers. Un préceptorat est offert aux nouveaux employés pour les soutenir durant les premiers mois suivant l'embauche.

L'harmonisation des pratiques est un dossier en constante évolution dans les différentes installations du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Dans ce contexte, l'appréciation du rendement de chaque membre de l'équipe se fait de façon variable selon les programmes et les installations. La détermination de la fréquence devra être déterminée en tenant compte de la réalité de la gestion multi-sites et du nombre d'employés sous la responsabilité du gestionnaire

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les services d'urgence psychiatriques du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale sont situés dans les lieux physiques des hôpitaux généraux de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) et de l'Hôpital du Saint-Sacrement. Ces trois hôpitaux ne font pas partie du CIUSSS, mais avaient cédé les activités psychiatriques au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces trois urgences sont accessibles 24 par jour et sept jours par semaine. L'organisation est actuellement en train de revoir le concept des urgences psychiatriques selon les meilleures pratiques afin de diminuer les visites et l'attente dans les urgences. Une gestion stricte des observations à l'urgence et un système de coordination et de concertation avec les autres unités de façon ordonnée et standardisée permet de diminuer de façon significative la durée moyenne de séjour à l'urgence. Par ailleurs, la révision de l'offre de services pour assurer l'accessibilité, la fluidité et la continuité est en constante évolution.

En ce qui concerne l'hospitalisation, les services de proximité sont offerts dans les cinq centres suivants : Baie-Saint-Paul, Institut universitaire en santé mentale du Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Hôpital du Saint-Sacrement et le Centre hospitalier de l'Université Laval. Une clientèle régionale et suprarégionale d'âge adulte constitue la population desservie. Une gamme complète de services est offerte par la Direction santé mentale et dépendances pour assumer sa responsabilité populationnelle et nous retrouvons une approche guidée par le souci du rétablissement et la primauté de la personne. Une coordination régionale des lits est organisée en respectant, dans la mesure du possible, ces principes directeurs, soit : la continuité (même équipe d'intervenants), la proximité (le plus près possible de son environnement social et communautaire), la spécificité (répond aux besoins spécifiques de la personne), et la disponibilité (délai raisonnable).

Une redéfinition de l'offre d'hospitalisation en soins psychiatriques aigus est en cours. L'organisme se propose de favoriser une meilleure utilisation des lits et le retour dans la communauté dans les plus brefs délais. Plusieurs projets ont été identifiés pour l'atteinte de ces objectifs : modèles de services dispensés en proximité, infirmières pivots, répondants cliniques pour les usagers déjà connus de l'établissement, rehaussement de l'équipe (SIM) suivi intensif dans le milieu, le traitement intensif bref à domicile (TIBD), le court séjour psychiatrique etc. L'organisme amorce un virage définitif vers la communauté.

Une équipe code blanc spécialisée, structurée et organisée devrait être mise en place dans certaines installations pour une meilleure gestion de ce code. De plus, il faudrait actualiser et moderniser le bouton d'urgence dans une des unités.

Au niveau de la psychiatrie légale, selon les données fournies par le personnel rencontré, il manque de ressources d'hébergement adapté à la psychiatrie légale.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe décrit le milieu de travail comme étant très agréable. En dépit de l'adaptation aux différentes réorganisations des services, le personnel demeure mobilisé et dévoué. La collaboration interdisciplinaire est remarquable et constitue la force vive de l'équipe. En tenant compte de la hiérarchisation des services, il existe une belle cohésion entre les différentes équipes qui assurent les services tout au long du continuum de soins et de services.



Plusieurs équipes des unités d'hospitalisation font un suivi après l'hospitalisation pour s'assurer d'un transfert sans heurts dans le but d'améliorer les services.

En ce qui concerne l'apport des usagers, des familles et des partenaires dans l'élaboration des politiques, plusieurs initiatives ont déjà été entreprises pour impliquer ces derniers dans différents processus organisationnels. Citons notamment, le bureau de partenariat avec les usagers. Toutefois, les usagers, les familles et les partenaires n'ont pas encore été impliqués dans l'élaboration de telles politiques. Cette approche est en processus dans l'organisation et devrait être appliquée éventuellement.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'établissement possède de nombreux projets d'amélioration constante de la qualité, comme, entre autres, le projet IMPAC de la psychiatrie légale. Ce projet a été implanté en collaboration avec les juges et les avocats, pour les usagers aptes et volontaires en santé mentale dans le but de prévenir leur judiciarisation pour des délits mineurs en leur offrant la possibilité de participer à un plan de réhabilitation.

Il est encourageant de constater une diminution drastique du nombre de mesures de contrôle dans toutes les installations du CIUSSS grâce à l'implantation de meilleures pratiques privilégiant la pacification et la formation du personnel.

Une évaluation et une réévaluation rigoureuses de la dangerosité est effectuée par l'équipe pour tous les usagers qui le requièrent à l'urgence ou dans les unités d'hospitalisation. Par ailleurs, il existe un système de relance quand les usagers ne se présentent pas à leur rendez-vous, ainsi qu'une relance médicamenteuse post-hospitalisation à l'unité psychiatrique du CHUL en attendant que l'utilisateur rencontre le psychiatre ou le médecin qui assurera le suivi.

L'apport des usagers et des familles devrait être intégré à différents niveaux de l'organisation : conception et organisation des services, projets d'amélioration de la qualité, détermination des priorités, pertinence et faisabilité des projets ainsi que l'élaboration des politiques, protocoles, procédures, lignes directrices, et la participation aux différents comités.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
3.4 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.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
4.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
6.4 Une politique guide les membres de l'équipe lorsqu'il s'agit de formuler des plaintes, des préoccupations et des griefs.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.9 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
<p>9.5 L'établissement d'un bilan comparatif des médicaments est entrepris en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'utilisateur si les soins comportent la gestion des médicaments (ou que le clinicien juge cette gestion appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.</p> <p>9.5.1 Les types d'utilisateurs qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.</p> <p>9.5.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné au dossier.</p> <p>9.5.3 Les écarts entre les médicaments sont réglés en partenariat avec l'utilisateur et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.</p>	<p style="text-align: center;">!</p> <p style="text-align: center;">POR</p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>

9.5.4	Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.	SECONDAIRE
9.5.5	L'utilisateur et la famille sont informés de la façon de communiquer la liste complète des médicaments aux prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.	PRINCIPAL

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

13.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.

!

14.3 Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

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

La direction de ce programme est encouragée à poursuivre l'approche patient partenaire 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 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 sécuritaires et de qualité. La formation en cours d'emploi que reçoit le personnel fait en sorte qu'il peut répondre efficacement aux différents besoins de la population ciblée à l'intérieur de son offre de services.

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

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

Lors de nos rencontres, nous avons été à même de constater l'influence positive que peut avoir la présence des pairs aidants sur 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 clientèles 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'organisme 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.

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

L'établissement est encouragé à harmoniser les processus qui permettront aux intervenants du CIUSSS de la Capitale-Nationale 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. À cet effet, nous trouvons important de souligner l'effet positif de la proximité des équipes de chercheurs et leur intercollaboration avec les équipes, approche qui permet sans aucun doute de garantir une amélioration continue des compétences des usagers et des familles, des pairs aidants, des patients partenaires, des bénévoles et administrateurs, des médecins, des intervenants et des gestionnaires, ainsi que des nombreux partenaires du CIUSSS.

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.

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

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les intervenants des différentes équipes sont engagés, dévoués, 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 sécuritaires et de qualité. À l'aide des différentes évaluations de l'état 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 et au bon endroit, dispensé par la bonne ressource.

Au moment où l'utilisateur doit transiter vers d'autres services, des mécanismes de liaison sont bien établis et connus des intervenants, ce qui permet de bien accompagner l'utilisateur dans ses différents points de transition. L'utilisateur et sa famille sont bien informés et responsabilisés au moment de vivre une transition de services. L'accompagnement personnalisé, lorsque nécessaire, est toujours possible.

L'organisme est parvenu avec ses intervenants et partenaires à définir et à rendre accessibles des trajectoires de services pour les différents programmes sous sa responsabilité. Nous ne pouvons passer sous silence les travaux réalisés pour définir les trajectoires de services en chaînes de valeur et en **continuum. Celles-ci aident les intervenants à orienter l'utilisateur afin qu'il puisse avoir accès aux services** requis par son état. Ils s'assurent de bien documenter le dossier et de bien préparer l'utilisateur 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. Cela est dans le but de permettre les ajustements nécessaires garantissant une transition sécuritaire et de qualité.

Le personnel touché s'efforce toujours de donner toute l'information requise aux usagers et à leur famille afin qu'ils puissent faire 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 d'impliquer l'utilisateur et sa famille dans ses soins est présent.

Toutefois, lors de nos rencontres, nous avons pu constater une très grande variabilité au niveau de la consignation au dossier du consentement de l'utilisateur ou de son représentant avant d'entreprendre un service. L'organisme est invité à déployer dans l'ensemble de ses services les pratiques et les outils mis en place au point de service de Donnacona à l'égard du consentement et de l'engagement de l'utilisateur. L'approche préconisée est garante d'un très grand niveau de conformité à l'égard de l'obtention et de la consignation au dossier du consentement de l'utilisateur ou de son représentant avant d'entreprendre un service avec celui-ci.

L'organisme est aussi encouragé à mettre en place les activités permettant la mise en place du bilan comparatif des médicaments dans les services de cette direction.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

Lors des visites dans les différents sites, nous avons pu constater qu'un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec celui-ci. Les données recueillies peuvent aussi servir à bien documenter le dossier de l'usager lors de la transition d'un usager vers un autre service de l'organisme ou vers les services des partenaires.

L'organisme est parvenu à déployer dans l'ensemble des sites visés sur le territoire de la Capitale-Nationale le système d'information informatisé (SIU), favorisant ainsi l'accès élargi aux renseignements concernant les clientèles du programme santé mentale communautaire. Cela permet aussi, aux intervenants du programme de santé mentale communautaire de savoir, en temps réel, si les usagers de leur service sont en transition vers les services des urgences et des unités d'hospitalisation ou autres. Des rencontres interservices se mettent en branle rapidement afin de soutenir l'usager et ses proches et de favoriser une saine transition vers leurs milieux de vie ou de services d'origine.

L'organisme est encouragé à déployer la mise en œuvre d'un processus qui permettra de surveiller et d'évaluer les pratiques de tenue de dossier.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

La mise en place du programme de santé globale « un tremplin vers mon mieux-être » est un jalon de plus dans l'offre de services de l'organisme. Cette approche permet sans contredit de renforcer les soins et services basés sur une approche holistique, considérant l'usager comme une personne capable de mettre ses forces à contribution et l'amenant à se responsabiliser sur sa capacité de développer des saines habitudes de vie. Nous encourageons les intervenants à poursuivre le développement de cette approche qui préconise des interventions de proximité dans la communauté en partenariat avec les organismes des différents milieux.

Beaucoup de travail a été réalisé avec les équipes SIV et SIM en vue d'obtenir leurs homologations. Nous encourageons les intervenants à mettre en œuvre les recommandations découlant de ces homologations.

Lors de nos rencontres avec les intervenants œuvrant dans les services du Faubourg St-jean et de la clinique Notre-Dame-des-Victoires, nous avons été à même de constater les retombées de ces services sur la clientèle et les familles. Le renforcement soutenu dans une vision de plein rétablissement permet aux usagers de vivre pleinement en communauté. Nous encourageons les intervenants à poursuivre les activités qui permettent une très grande implication des familles dans le plan de rétablissement des usagers de leurs services.

Par l'entremise et l'expertise de son centre de recherche, les gestionnaires et les intervenants peuvent appuyer leurs programmations et leurs activités en se basant sur les meilleures pratiques et sur des données probantes bien documentées. L'organisme est encouragé à poursuivre les activités qui permettent à l'ensemble des ressources œuvrant dans les services de santé mentale communautaires d'accéder à l'information.

Grâce à différents outils d'évaluation, les intervenants peuvent identifier les activités à risque pour les usagers. L'établissement est encouragé à poursuivre ses activités afin de déployer une stratégie harmonisée permettant de cerner les risques pour la sécurité des usagers et des intervenants.

Des projets d'amélioration de la qualité des services sont élaborés. Nous encourageons la direction des programmes Santé mentale et Dépendance à poursuivre les activités d'amélioration de la qualité et de la sécurité des services avec l'apport des usagers, des familles, des équipes et des divers partenaires.

L'organisme est encouragé à poursuivre les travaux qui permettront d'harmoniser et de standardiser les pratiques sur l'ensemble de son territoire.

Nous encourageons l'organisme à poursuivre la mise en place de sa stratégie de recrutement de la main-d'œuvre qui permettra une accessibilité et une réponse aux besoins des clientèles desservies.

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

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

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

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

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

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

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

<b>Processus prioritaire : Santé publique</b>
---

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

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

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

Le leadership de la Direction de santé publique facilite la cogestion avec les directions cliniques jeunesse et soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) par la mise en place de mécanisme de collaboration interprofessionnelle.

La création d'une nouvelle structure de gouvernance a permis de faciliter ce partage d'expertise en réunissant tous les professionnels au sein d'une seule et même équipe.

Dans un souci d'optimisation des ressources, d'efficience et d'efficacité, cette approche permet d'accroître l'accessibilité des services et de réduire les délais de réponse et d'accompagnement pour des clientèles en situation de vulnérabilité.

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

La Direction de santé publique s'est donné comme orientation de créer une équipe unifiée favorisant une approche de collaboration dans le partage des responsabilités.

La Direction est soucieuse de soutenir l'engagement de ces équipes dans le cadre de la transformation organisationnelle initiée depuis déjà deux ans avec l'adoption d'un nouveau cadre légal qui touche la structure de gouvernance des établissements.

C'est dans cette perspective que la Direction a déployé un programme d'accompagnement et de soutien



C'est dans cette perspective que la Direction a déployé un programme d'accompagnement et de soutien pour les membres des différentes équipes. Ce programme touche principalement les activités de recrutement, d'accueil, d'orientation, de développement des compétences, d'appréciation de la contribution des employés, de mesures de reconnaissance et de soutien pour les employés en difficulté.

L'organisme est encouragé à poursuivre le déploiement de ce programme auprès des équipes qui s'engagent énormément dans un contexte d'optimisation des ressources, afin de soutenir leur mobilisation à long terme.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La Direction de santé publique est soucieuse d'évaluer les conséquences sur les résultats avec la mise en œuvre de nombreux projets d'amélioration par les intervenants dans les milieux.

Ces projets peuvent toucher la prévention des infections avec, par exemple, le déploiement du projet de site d'injection supervisé (SIS), mais aussi encourager l'adoption de saines habitudes de vie avec le projet Trotibus déployé dans 22 écoles dans la ville de Québec. Il s'agit d'un autobus pédestre qui permet aux élèves du primaire de se rendre de la maison à l'école à pied, sous la supervision de bénévoles accompagnateurs. D'autres projets sont aussi initiés pour assurer la sécurité alimentaire par le développement de milieux favorables, l'application de scellants dentaires auprès des enfants en milieu scolaire ou l'accompagnement des familles dans les communautés en leur offrant des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), pour ne nommer que ceux-là.

La Direction utilise des indicateurs spécifiques pour évaluer les progrès des projets d'amélioration en fonction des objectifs établis pour mieux mesurer l'atteinte des cibles. Ainsi, les activités d'amélioration de la qualité sont suivies en continu avec l'apport des usagers et des familles, pour offrir des services mieux adaptés aux besoins des clientèles en situation de vulnérabilité.

### Processus prioritaire : Santé publique

En 2012, la Direction régionale du programme de santé publique a amorcé une réflexion sur les inégalités sociales de santé, conduisant à la publication d'un rapport illustrant les résultats des études, de recherches et d'enquêtes auprès de groupes de citoyens vulnérables et touchés par la détérioration de leur condition de vie.

Cette démarche s'est voulu une occasion de faire connaître aux intervenants et aux gestionnaires le vécu de ces personnes en situation de pauvreté extrême, afin de mieux comprendre et d'agir autrement pour viser l'équité en santé.

Par la suite, l'adoption de la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé a conduit à l'abolition des instances régionales et à la création d'une imposante structure telle les Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux.

Dans la foulée de l'élaboration du Plan national en santé publique (PNSP) 2012-2015, l'adoption d'un plan d'action régional (PAR) 2016-2020 s'est inscrite dans une nouvelle perspective, en sollicitant l'apport des usagers et des partenaires pour mieux adapter l'offre de services aux besoins d'une population vulnérable, vivant sur un territoire marqué par les inégalités sociales en milieu rural et urbain.

L'innovation sociale est au cœur de la vision des dirigeants et des intervenants de la Direction de santé publique. C'est ainsi qu'ils ont mis en place un mécanisme de consultation citoyenne avec la création d'un comité citoyens-partenaires permettant de solliciter la participation de ces personnes dans le cadre de la réalisation du plan d'action régional (PAR) en santé publique 2016-2020. L'engagement de ces citoyens est remarquable et leur apport sera d'une grande valeur pour orienter la Direction et les équipes cliniques quant à la modulation des services offerts en fonction de leurs besoins spécifiques. Il s'agit d'une excellente initiative sociale qui se veut très porteuse et novatrice, car elle permet de donner la parole à des citoyens victimes d'inéquité en santé, de manière à ce qu'ils puissent recevoir des services mieux adaptés à leur condition de vie. Le leadership de la Direction, en collaboration avec l'implication de l'équipe médicale et des intervenants, est digne de mention pour réaliser la conduite d'un tel projet dans la communauté.

La mise en œuvre de l'offre de services est rendue possible par les nombreux partenariats bien établis dans les réseaux locaux avec la précieuse collaboration des organismes communautaires et l'engagement soutenu des intervenants de l'équipe jeunesse et des organisateurs communautaires.

De plus, l'offre de services ne se définit pas uniquement en fonction des axes de surveillance de l'état de santé de la population, du développement global des enfants et des jeunes, de l'adoption de modes de vie et de la création d'environnements favorables, de la prévention des maladies infectieuses, de la gestion des risques et de la préparation aux urgences sanitaires, mais aussi en fonction de l'atteinte à l'équité en santé pour tous!

Les processus de suivi et de surveillance sont structurés et en place pour réduire les risques de menaces à la santé.

La mise en œuvre de l'offre de services s'articulera autour de plans opérationnels pour assurer un suivi de proximité auprès des équipes et des citoyens-partenaires afin de mieux évaluer l'atteinte des objectifs et des cibles définis.

Dans une perspective d'amélioration de la qualité, l'évaluation de la satisfaction de l'expérience vécue par l'utilisateur demeure une préoccupation constante de la Direction. À cet égard, deux études extrêmement intéressantes ont été réalisées sur les services rendus par les programmes Alcoochoix et de lutte contre le tabac, ce qui permettra d'apporter, au besoin, des ajustements à l'offre de services en santé publique.

Par ailleurs, on doit souligner l'engagement des équipes à développer plusieurs projets porteurs pour répondre aux besoins spécifiques des clientèles selon les axes établis. En santé au travail, le programme maternité sans danger est très bien structuré et déployé depuis plusieurs années. Il s'appuie également sur l'utilisation d'un système d'information pour la gestion et le suivi électronique des dossiers. Ce secteur fait appel à des ressources formées et très spécialisées pour soutenir les milieux de travail.

Enfin, les activités cliniques et de recherche s'appuient sur un mécanisme et un cadre éthiques afin de faciliter la prise de décisions pour soutenir les équipes dans l'action.

---

## Ensemble de normes : Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.7 Les campagnes de sensibilisation sont menées en collaboration avec des partenaires pour sensibiliser la population aux services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu offerts dans la communauté.	
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.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
3.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
3.10 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.	
5.9 L'équipe reçoit de la formation sur les modes de vie sains et l'abandon du tabagisme.	
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>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
12.3 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>	

- 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.



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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Les équipes de toxicomanie et jeu pathologique démontrent une volonté certaine d'impliquer l'utilisateur dans leurs interventions. Ces efforts sont à poursuivre pour obtenir la participation et la collaboration des usagers et de leur famille au sein des activités tant administratives que cliniques du programme de façon à obtenir des commentaires significatifs pour l'organisation des services.

Les équipes sont aussi invitées à faire connaître leurs services auprès de la population et à travailler avec leurs partenaires dans une optique de prévention des dépendances dans la communauté.

##### Processus prioritaire : Compétences

Les membres des équipes possèdent les titres de compétence requis pour travailler auprès de la clientèle de toxicomanie et dépendance. Les gestionnaires effectuent des rencontres de concertation régulières avec les intervenants pour discuter de l'atteinte des objectifs du service et de la prestation de travail ainsi que de leurs préoccupations. Ce moment est aussi utilisé pour identifier les pistes de perfectionnement pour chaque employé.

L'instauration d'une approche de co-perfectionnement par les pairs, contribue au perfectionnement des connaissances des membres de l'équipe. Il faut souligner à cet effet l'excellente initiative d'offrir aux nouveaux psychologues la possibilité d'obtenir du mentorat auprès d'un psychologue plus expérimenté.

Les compétences des employés sont utilisées au bon endroit dans l'offre de services pour tenir compte des besoins identifiés chez la clientèle.

Les intervenants peuvent compter sur la présence d'une équipe de recherche qui identifie les meilleures pratiques en toxicomanie et dépendance. Ces données sont intégrées dans les processus cliniques des intervenants. L'élaboration et le déploiement d'outils de dépistage auprès des clientèles adultes et jeunes dans les différents sites, ainsi que dans les groupes de médecine familiale et les urgences de la région, en sont un bon exemple.

Les gestionnaires démontrent une approche collaborative avec leurs équipes. Les communications sont fluides au sein des équipes en ce qui concerne l'échange d'information au sujet de l'utilisateur.

La direction est invitée à poursuivre le projet d'harmonisation du programme d'orientation spécifique en dépendance pour l'ensemble des sites et à offrir aux intervenants des formations spécifiques en regard de l'approche aux diversités culturelles et des saines habitudes de vie.

En lien avec l'approche patient partenaire privilégiée par l'organisme, les équipes sont aussi invitées à obtenir la rétroaction des usagers et de leur famille en regard des rôles et responsabilités qui leur sont attribués.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les services offerts par le programme de toxicomanie et jeu pathologique sont délocalisés par secteurs afin d'offrir des services de proximité en première ligne à une clientèle d'adultes et de jeunes.

Les critères sont bien établis pour orienter l'utilisateur vers le bon service, et ce, dès le repérage de la clientèle. Un outil de repérage et d'évaluation complet est disponible dans les CLSC, les cliniques médicales et les urgences de la région. Le déploiement d'infirmières de liaison dans les urgences des centres hospitaliers de la région est une initiative à poursuivre pour faciliter l'accès rapide au programme.

À cet égard, il faut souligner l'excellent rendement du programme en regard des périodes d'attente, qui est de 10 jours en moyenne. De plus, le programme de base (PRES), qui est offert aux usagers dès la demande de service, leur permet de participer à des ateliers de groupe durant la période d'attente pour une évaluation plus détaillée.

Les trajectoires de services sont très bien définies et structurées dans les différents programmes, ce qui permet d'optimiser le cheminement de la clientèle entre les services de première ligne et les services spécialisés, tout au long du continuum de services. Le partenariat établi avec les organismes de la région contribue à cette continuité. Les intervenants soulignent toutefois le besoin d'avoir une unité de désintoxication dans la région.

Le projet d'intégration entre les services de santé mentale et ceux de toxicomanie et jeu pathologique permet une concertation entre les professionnels pour offrir à l'utilisateur souffrant de troubles concomitants un service mieux adapté à ses besoins. Les équipes médicales de toxicomanie et de psychiatrie sont invitées à poursuivre cette intégration en consolidant leurs liens.

Chaque usager bénéficie d'une évaluation complète qui permet de déterminer un plan de suivi adapté à sa réalité. La collaboration des usagers et de leur famille est sollicitée pour établir les plans d'intervention et pour évaluer l'atteinte des objectifs. Des groupes de soutien à l'entourage sont disponibles pour les familles. Des initiatives intéressantes ont été réalisées dans le programme de réadaptation pour faciliter la réinsertion sociale de l'utilisateur après la fin des services. Le projet visant à intégrer un usager dans le comité de prévention du suicide est une initiative intéressante dans l'optique du développement de l'approche –patient partenaire préconisée par l'organisme.

Les intervenants du programme peuvent s'appuyer sur des guides de pratique clinique adéquats pour soutenir leurs interventions. Les outils découlent des données probantes et permettent une évaluation et un suivi détaillé de l'utilisateur.

Dans une perspective d'amélioration continue, l'équipe est invitée à poursuivre ses efforts pour harmoniser ses pratiques dans l'ensemble des sites du CIUSSS.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

La gestion documentaire est réalisée en suivant les normes visant à assurer le respect de la vie privée. Des activités de sensibilisation régulières sur l'utilisation adéquate des renseignements concernant les usagers sont effectuées dans le cadre des réunions d'équipe. Les membres des équipes peuvent compter sur un dossier électronique permettant de faciliter l'accès à l'information sur l'utilisateur en tout temps. Les employés du secteur démontrent un souci important envers le respect de la vie privée des usagers et prennent les moyens pour prévenir les bris de confidentialité. La participation des membres de la famille s'effectue dans le respect de la confidentialité lors du transfert des renseignements personnels, toujours avec le consentement de l'utilisateur.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

La direction du programme met l'accent sur l'expérience vécue par l'utilisateur pour améliorer les processus et faire les choix requis dans la planification des services.

Dans l'ensemble des sites, l'évaluation de la satisfaction de la clientèle est effectuée et les résultats sont analysés en vue d'établir un plan d'action pour améliorer les services. Le sondage (Ça clique) remis systématiquement aux usagers permet d'obtenir de la rétroaction qui fait l'objet de discussions (caucus) avec les gestionnaires et les équipes.

Les plans d'amélioration de la qualité sont conçus et mis en œuvre en s'assurant d'identifier des indicateurs précis et de bien mesurer les résultats. Il faut souligner le déploiement d'outils de la méthode LEAN pour identifier et réaliser les projets d'amélioration continue. Les résultats obtenus sont diffusés au sein des équipes.

Une attention particulière est portée à l'identification des risques et la mise en place de mesures de prévention autant pour les usagers que pour les intervenants.

## Annexe A - Programme Qmentum

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

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

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

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

### Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

### Évaluation des preuves et amélioration continue

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



## Annexe B - Processus prioritaires

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

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

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

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

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

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

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