



Agrément Canada  
Conseil québécois d'agrément

---

# Rapport d'agrément

---

## Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Gatineau, QC

Dates de la visite d'agrément : 12 au 17 février 2017

Date de production du rapport : 23 mars 2017



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT  
CANADA**

Better Quality. Better Health.  
Meilleure qualité. Meilleure santé.



**CONSEIL QUÉBÉCOIS  
D'AGRÉMENT**

ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS  
POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ  
SUPPORTING INTEGRATED QUALITY MANAGEMENT

## Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) au programme d'accrément conjoint d'Accrément Canada et du Conseil québécois d'accrément, une visite a eu lieu en février 2017. Ce rapport 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'accrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Accrément Canada et le Conseil québécois d'accrément se fient à l'exactitude de ces renseignements pour planifier et tenir la visite, ainsi que pour produire le rapport d'accrément.

## Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel; il est fourni par Accrément Canada et le Conseil québécois d'accrément uniquement à l'organisme. Accrément Canada et le Conseil québécois d'accrément ne présentent ce rapport à aucune autre partie.

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

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

## Un mot d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément

Au nom d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, nous tenons à féliciter votre organisme de sa participation au programme conjoint d'agrément. Celui-ci est conçu de manière à s'intégrer à votre processus d'amélioration continue de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de 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 et les différentes données découlant des outils que votre organisme a soumis. De plus, l'information contenue dans votre rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, représente un guide important pour vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste en agrément.

Nous vous remercions de maintenir votre partenariat avec Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Nous tenons également à souligner le leadership et 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 conjoint d'agrément pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour votre établissement, votre clientèle et vos services.

Cordiales salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale



Paul St-Onge  
Président

## 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	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	13
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>15</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>19</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	20
Processus prioritaire : Gouvernance	20
Processus prioritaire : Planification et conception des services	22
Processus prioritaire : Gestion des ressources	24
Processus prioritaire : Capital humain	26
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	29
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	34
Processus prioritaire : Communication	36
Processus prioritaire : Environnement physique	38
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	40
Processus prioritaire : Cheminement des clients	42
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	44
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	46
Ensemble de normes : Déficits sur le plan du développement - Secteur ou service	46
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	52
Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service	53
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	58
Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service	60
Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service	63
Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service	67
Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service	74

Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	79
Ensemble de normes : Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - Secteur ou service	87
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	94
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	94
<b>Annexe A - Processus prioritaires</b>	99

## Sommaire

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont des organismes privés, indépendants à but non lucratif. Ils établissent des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé et services sociaux. Les CIUSSS et CISSS agréés par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont 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 du programme d'agrément 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 la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance, la mobilisation du personnel 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.

Étant donné l'accent que le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) met sur la qualité et la sécurité, il participe au programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. Les renseignements contenus dans ce rapport ont été compilés après la visite de l'organisme. Le rapport 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.

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément tiennent à féliciter votre organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

## Décision relative au type d'agrément

La décision relative au type d'agrément du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais est :

**Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais 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 2018.**

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 : 12 au 17 février 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. 73 Mousette
2. Centre d'hébergement Petite-Nation
3. Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais (CRDO) (rue St-François)
4. Centre régional de réadaptation La RessourSe (boulevard St-Raymond)
5. Centre régional de réadaptation La RessourSe, point de service (secteur Buckingham)
6. Centre régional de réadaptation La RessourSe, point de service (secteur Hull)
7. CH Pontiac
8. CHSLD Bon Séjour
9. CHSLD de Maniwaki
10. CHSLD des Collines
11. CHSLD Foyer du Bonheur
12. CHSLD La Piéta
13. CHSLD Le Cap
14. CHSLD Manoir Sacré-Cœur
15. CHSLD Vallée-de-la-Lièvre
16. CISSS de l'Outaouais, siège social
17. CLSC de Gatineau (de La Gappe)
18. CLSC de Gatineau (Saint-Rédempteur)
19. CLSC de Gracefield
20. CLSC de La Pêche
21. CLSC de la Vallée-de-la-Lièvre (Avenue Buckingham)
22. CLSC de la Vallée-de-la-Lièvre (Maclaren Est)
23. CLSC de Maniwaki
24. CLSC de Val-des-Monts
25. CLSC PETITE-NATION
26. CLSC Shawville
27. CRDO, point de service Gatineau
28. Hôpital Pierre Janet
29. Hôpital de Gatineau

30. Hôpital de Hull
31. Hôpital de Maniwaki
32. Hôpital de Papineau
33. Hôpital de Wakefield
34. Hôpital Pierre Janet - psychogériatrie
35. Pavillon du Parc
36. Pavillon du Parc point de service Aylmer (rue Robert-Wright)
37. Pavillon du Parc, point de service Buckingham
38. Pavillon du Parc, point de service Gatineau (boul. de l'Hôpital)
39. Point de service rue Lois
40. Résidence Boisé Gabriel-Audet

- **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. Déficits sur le plan du développement - Normes sur l'excellence des services
6. Médecine - Normes sur l'excellence des services
7. Réadaptation - Normes sur l'excellence des services
8. Santé mentale - Normes sur l'excellence des services
9. Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Normes sur l'excellence des services
10. Soins à domicile - Normes sur l'excellence des services
11. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
12. Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - Normes sur l'excellence des services

- **Outil**









L'organisme a utilisé l'outil suivant :

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



## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	42	4	1	47
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	67	8	0	75
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	250	57	21	328
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	87	24	4	115
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	278	44	9	331
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	65	2	0	67
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	438	149	25	612
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	25	4	3	32
<b>Total</b>	<b>1252</b>	<b>292</b>	<b>63</b>	<b>1607</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	38 (92,7%)	3 (7,3%)	9	29 (100,0%)	0 (0,0%)	7	67 (95,7%)	3 (4,3%)	16
Leadership	31 (67,4%)	15 (32,6%)	4	76 (80,0%)	19 (20,0%)	1	107 (75,9%)	34 (24,1%)	5
Prévention et contrôle des infections	47 (92,2%)	4 (7,8%)	16	23 (69,7%)	10 (30,3%)	4	70 (83,3%)	14 (16,7%)	20
Gestion des médicaments	72 (98,6%)	1 (1,4%)	5	58 (93,5%)	4 (6,5%)	2	130 (96,3%)	5 (3,7%)	7
Déficits sur le plan du développement	37 (71,2%)	15 (28,8%)	0	64 (77,1%)	19 (22,9%)	1	101 (74,8%)	34 (25,2%)	1
Médecine	34 (75,6%)	11 (24,4%)	0	69 (89,6%)	8 (10,4%)	0	103 (84,4%)	19 (15,6%)	0
Réadaptation	37 (84,1%)	7 (15,9%)	1	72 (94,7%)	4 (5,3%)	4	109 (90,8%)	11 (9,2%)	5
Santé mentale	40 (80,0%)	10 (20,0%)	0	77 (83,7%)	15 (16,3%)	0	117 (82,4%)	25 (17,6%)	0

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Santé mentale - Services communautaires et soutien offert aux usagers	27 (62,8%)	16 (37,2%)	1	66 (71,0%)	27 (29,0%)	1	93 (68,4%)	43 (31,6%)	2
Soins à domicile	38 (77,6%)	11 (22,4%)	0	67 (89,3%)	8 (10,7%)	1	105 (84,7%)	19 (15,3%)	1
Soins de longue durée	41 (75,9%)	13 (24,1%)	1	85 (85,9%)	14 (14,1%)	0	126 (82,4%)	27 (17,6%)	1
Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu	26 (59,1%)	18 (40,9%)	1	57 (70,4%)	24 (29,6%)	1	83 (66,4%)	42 (33,6%)	2
<b>Total</b>	<b>468 (79,1%)</b>	<b>124 (20,9%)</b>	<b>38</b>	<b>743 (83,0%)</b>	<b>152 (17,0%)</b>	<b>22</b>	<b>1211 (81,4%)</b>	<b>276 (18,6%)</b>	<b>60</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)	Non Conforme	4 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Médecine)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
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
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Identification des usagers (Médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	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)	Non Conforme	3 sur 4	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
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 (Médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Santé mentale)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Non Conforme	4 sur 4	0 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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Formation sur les pompes à perfusion (Médecine)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins à domicile)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins de longue durée)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	2 sur 2	1 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)	Non Conforme	4 sur 5	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Non Conforme	1 sur 1	1 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0



Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention du suicide (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Soins efficaces des plaies (Soins à domicile)	Non Conforme	6 sur 7	1 sur 1
Stratégie de prévention des chutes (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Santé mentale)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais (CISSS) a connu de profondes transformations depuis la dernière visite d'agrément. Une nouvelle organisation de services englobant toutes les installations de la région administrative de l'Outaouais (07) ont été regroupées sous une nouvelle gouverne administrative et clinique. L'organisme était confronté à de nombreux défis notamment dans la mise en place de la nouvelle gouverne, le maintien de l'offre de services à la clientèle, la révision graduelle des programmes et continuum de soins et de services, l'atteinte dans les cibles de réductions financières attendues et la mobilisation de tous les employés et acteurs du CISSS de l'Outaouais dans un contexte de changement majeur.

Différents moyens ont été progressivement mis en place en cours de l'année pour soutenir la transformation. L'ensemble des directions a établi une offre de service 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'organisme.

Tenant compte de l'ampleur du projet de transformation, au terme de la première année le projet de transformation du CISSS de l'Outaouais est sur la bonne voie. Les équipes ont à leur actif plusieurs réalisations qui vont au-delà des résultats attendus et sont dignes de mention. Parmi celles-ci, notons :

- L'atteinte de l'équilibre financier tout en ayant réduit de façon importante la dépendance de sa clientèle aux services hors territoire.
- La mise en place d'une gouvernance stratégique qui se manifeste par un leadership organisationnel.
- Un engagement vers une culture de la qualité et une approche intégrée de la performance.
- La mise en place des premiers jalons de l'intégration de l'utilisateur dans le continuum de service (patient partenaire).
- L'actualisation d'un programme de gestion des risques (cadre de référence).

Finalement, le CISSS de l'Outaouais fait également face à certains défis :

- L'élaboration et l'actualisation du cadre de référence en éthique clinique pour structurer les orientations et les modalités de mise en œuvre de ses responsabilités en matière d'éthique clinique.
- La mobilisation des équipes et l'élaboration d'une politique institutionnelle portant sur la reconnaissance.
- L'appropriation et la communication des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein des équipes.
- Le soutien continu de l'équipe pour favoriser le changement et développer une véritable culture de sécurité et de la qualité. En ce sens, l'établissement est encouragé à poursuivre l'actualisation des plans des mesures d'urgence.
- Le soutien des gestionnaires dans la gestion de proximité.

- L'harmonisation des systèmes de gestion de l'information.
- La mise à niveau de l'ensemble des installations.

Le CISSS de l'Outaouais est également invité à compléter les travaux visant l'élaboration du cadre de référence pour l'implantation du concept client/patient partenaire afin d'augmenter la capacité de l'organisme à réfléchir à l'amélioration de la qualité de façon proactive.

## 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>Gestion des événements</b> Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.* Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leadership 15.4</li> </ul>
<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>Transfert de l'information aux points de transition des soins</b> L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers 10.9</li> <li>Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu 9.10</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</b></p> <p>Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 15.7</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b></p> <p>L'établissement d'un bilan comparatif des médicaments est entrepris en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'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>· Médecine 8.5</li> <li>· Réadaptation 8.5</li> <li>· Soins à domicile 8.6</li> <li>· Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers 9.5</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<p><b>Formation sur les pompes à perfusion</b>            Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins de longue durée 3.8</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Plan de sécurité des usagers</b>            Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 15.1</li> </ul>
<p><b>Programme d'entretien préventif</b>            Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 9.8</li> </ul>
<p><b>Prévention de la violence en milieu de travail</b>            Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 2.12</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>	
<p><b>Taux d'infection</b>            Les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi, l'information recueillie est analysée pour détecter les éclosions et les tendances et cette information est communiquée à l'ensemble de l'organisme. NOTA : Cette POR ne s'applique qu'aux emplacements qui disposent de lits et offrent des soins infirmiers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Prévention et contrôle des infections 12.2</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Prévention du suicide</b>            Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins de longue durée 8.8</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Soins efficaces des plaies</b> Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des usagers en matière de soins de la peau et des plaies et dispenser des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Soins à domicile 8.8</li></ul>

## Résultats détaillés de la visite

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

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

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des clients porte sur 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 patients sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou le service.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, justifient 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 A 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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
10.1 Le conseil d'administration adopte une stratégie écrite pour l'organisme axée sur la sécurité des usagers.	!
12.2 Pour élaborer un plan intégré d'amélioration de la qualité, le conseil d'administration collabore avec le DG et le personnel d'encadrement.	!
12.3 Le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soient en place.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

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 leurs 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 adressent 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 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.

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, leur compréhension de leurs rôles et responsabilités, des orientations stratégiques de l'établissement et de leur contribution à titre de membre du conseil.

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 CISSS de l'Outaouais est résolument engagé dans le processus visant l'intégration des patients et familles dans les programmes et dans le continuum de soins et services. Plusieurs projets patients-partenaires sont déployés ou en voie de l'être (treize projets). Le conseil d'administration est fortement encouragé à s'approprier cette démarche. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit accompagner les établissements dans cette démarche et les orientations ministérielles sont attendues.

Le conseil est invité à doter l'organisme d'un programme de reconnaissance institutionnelle et de faire de la reconnaissance des employés une priorité. Les employés font face à d'énormes pressions dans le cadre de leur travail et il y a lieu d'élaborer des stratégies pour mobiliser et reconnaître toutes contributions des employés.

## 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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
1.3 Les soins centrés sur l'utilisateur et la famille constituent l'un des principes directeurs de l'organisme.	!
1.4 Les équipes sont appuyées dans leurs efforts en vue de travailler en partenariat avec les usagers et leurs familles pour tous les aspects de leurs soins.	
1.6 L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
4.3 Les services sont planifiés avec l'apport des usagers, des familles et de la communauté élargie.	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
12.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'élaboration des plans opérationnels des directions et services s'établit selon un processus rigoureux et intègre les priorités identifiées à chacune des années du plan stratégique. Le plan d'organisation et l'organigramme ont fait l'objet d'une refonte en profondeur et appuie adéquatement la prestation de services et l'atteinte des objectifs opérationnels. Les directeurs et les cadres ont été nommés dans leurs nouvelles fonctions et les effets escomptés sont mesurables.

Depuis sa nomination, le président a multiplié les occasions de rencontres avec le personnel de l'organisme pour traduire la mission, la vision, les valeurs et les orientations prioritaires du CISSS de l'Outaouais. Cet exercice est apprécié du personnel qui perçoit une direction de proximité empreinte de transparence.

De nombreux partenariats sont établis avec les organismes communautaires en complément de l'offre de service de l'organisation pour assurer l'accès aux services tout au long du continuum des soins. Des tables de partenariats sont en place dans tous les programmes de soins et services. Les relations avec les

partenaires sont excellentes. Les partenaires ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard de la collaboration et des relations d'affaires.

L'établissement porte le défi d'associer les médecins à la gestion des affaires cliniques et administratives de l'établissement et à une plus grande implication dans la révision des continuums de soins. Cet objectif prioritaire passe par un changement à la gouverne administrative et l'introduction d'une philosophie de gestion médico-administrative participative, contributive et responsable. À cet effet, la direction a mis en place une structure de gestion favorisant une plus grande implication et une imputabilité des membres de l'équipe médicale. Le cas échéant, des activités de formation devront être planifiées pour habiliter les cadres et les médecins à travailler en partenariat.

L'établissement est invité à terminer les travaux visant l'élaboration du cadre de référence à l'implantation du partenariat avec l'utilisateur et ses proches et à la mesure de l'expérience client. Un tel cadre devrait établir la philosophie du CISSS et prévoir les mécanismes qui permettent d'obtenir l'apport ou la contribution des usagers et des familles. Des activités de soutien, incluant la formation et le perfectionnement des équipes de soins et services, devraient être prévues. Enfin, un tel programme devrait constituer l'un des principes directeurs de l'établissement.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Les équipes du CISSS de l'Outaouais ont une très bonne connaissance des défis et des enjeux liés à la planification et au contrôle financier. Les principaux secteurs sous performants, sont identifiés et des programmes d'optimisation sont en place. L'établissement présente une situation financière en équilibre tout en ayant réduit de façon importante la dépendance de sa clientèle aux services hors territoire.

L'équipe des ressources financières, très dynamique, a adopté les principes de saine gestion financière. La démarche de planification budgétaire est bien documentée et porte sur les objectifs prioritaires du conseil d'administration. Les activités de contrôle financier sont adéquates. Des indicateurs de résultats sont déployés dans la majorité des secteurs et contribuent à l'optimisation de l'utilisation des ressources.

Des conseillers financiers sont attirés aux directions et services et supportent adéquatement les cadres à toutes les étapes du processus de la gestion financière. À l'embauche, les cadres reçoivent une formation sur les outils de gestion et de contrôle financier et l'information sur le budget de leur unité administrative.

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 la préparation de plan de relève.

L'organisme dispose de règles d'attribution des contrats et les niveaux d'autorisation sont établis selon le niveau de responsabilités. Les rapports de conformité à la loi sont transmis au comité de vérification annuellement.

L'équipe fait bon usage des rapports d'analyse de l'efficience comparative pour apprécier la performance des unités et services et orienter ses décisions relatives à l'attribution des ressources. Les décisions sont prises sur la base de critères objectifs et permettent de cerner les centres d'activités et d'identifier les cibles de réduction de dépenses. Le cas échéant, les dossiers font l'objet d'une démarche d'optimisation dont les gains permettent d'atteindre les objectifs de réduction budgétaire et de réallocation financière.

L'organisme a une vision globale de la performance organisationnelle. Il a déterminé les projets de réorganisation clinique, les modes de prises en charge et les continuums de soins et services pouvant faire l'objet d'une optimisation. Les projets d'optimisation en cours de réalisation sont déterminés en fonction d'une révision des cheminements cliniques et des continuums de soins.

Un processus structuré de gestion du changement est en voie d'implantation dans l'organisme et a été confié à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Cette direction coordonne le portefeuille de projets et encadre la démarche reliée à l'optimisation de la performance clinique et administrative portant sur les objectifs organisationnels établis dans le cadre de la planification stratégique. Cette structure de gestion est un bel exemple de la cohérence de la direction quant à sa volonté d'orienter les efforts d'améliorer la performance clinique et administrative et assurer l'équilibre financier de l'organisation. L'équipe doit poursuivre ses travaux en vue d'implanter une véritable culture de la mesure.


L'équipe de la DQEPE soutient de nombreux projets d'optimisation et de réorganisation. L'équipe s'est donné une méthodologie de travail inspirée des principes du management de la gestion de projet. La charte de projets est réalisée et les membres du comité de direction assurent la responsabilité des projets.

L'équipe porte une attention particulière à l'intégrité des données et a réalisé un audit sur la conformité de la codification des unités techniques. De la formation spécifique a été adressée aux gestionnaires sur les codes de responsabilités mal compris ou méconnus et susceptibles de générer des revenus (Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), anciens combattants, etc.).

Enfin, l'établissement doit s'assurer de l'engagement du personnel au respect de la politique de sécurité des actifs informationnels et consigner le document au dossier.

## 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>	
2.6 Des stratégies sont élaborées dans le but d'aider les membres de l'équipe à prendre en charge leur santé.	!
2.9 Des politiques de santé et de sécurité au travail qui sont conformes aux lois et règlements pertinents sont élaborées et mises en oeuvre.	!
2.12 Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre. 2.12.4 Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.	 <b>PRINCIPAL</b>
10.13 Des entrevues de départ sont proposées aux membres des équipes qui quittent l'organisme et les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le plan d'organisation de la direction a fait l'objet d'une refonte en profondeur et compte des équipes de conseillers en ressources humaines affectées à des directions spécifiques qui agissent en partenariat avec l'équipe de gestionnaires dans un modèle intégré qui offre aux gestionnaires un accompagnement multidimensionnel.

L'offre de service de la direction des ressources humaines a été revue et précise bien les domaines de contribution des gestionnaires et de l'équipe des ressources humaines. Cette dernière a développé des stratégies d'actions transversales en soutien aux directions. Le plan d'action de la direction tient compte de la mise en place des stratégies d'action et de rétention des employés, la gestion efficace des ressources, la fidélisation des ressources et le développement organisationnel.

Les membres de l'équipe sont sollicités et sont impliqués dans les projets d'optimisation et de réorganisation du travail. Ce partenariat a l'immense avantage d'accompagner les équipes dans la gestion du changement et de s'assurer d'introduire les meilleures pratiques.

L'organisation est félicitée des efforts déployés pour habilitier les cadres à assurer plus de leadership dans la gestion des équipes et à assumer leur rôle de gestionnaire. Cependant la direction est invitée à poursuivre ses efforts d'accompagnement des cadres et d'élaboration de stratégies et d'outils pour faciliter la tâche des gestionnaires qui, pour plusieurs, ont vu leurs tâches de supervision et de coordination se modifier de façon importante depuis la création du CISSS. L'objectif de mettre en place

une gestion de proximité est pertinent, mais plusieurs cadres disposent de peu de temps pour se consacrer à la dynamique des équipes compte tenu de la charge de travail causée en partie par la mise en place de la nouvelle organisation de services. Bien que l'établissement ait mis en place plusieurs activités de développement de compétences des cadres, l'établissement est invité à poursuivre le développement des habiletés des cadres pour s'assurer d'une vision proactive de soutien en lien avec les objectifs prioritaires et développer les capacités de leadership des gestionnaires face aux nouveaux défis.

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 pour s'assurer de l'actualisation des plans et de la mesure des effets escomptés.

Sur le plan de la santé et sécurité au travail, il y a un manque d'uniformisation du taux de déclaration des accidents de travail dans quelques sites. Plusieurs situations à risque peuvent ne pas être décelées et corrigées. Cependant, dans les cas où les déclarations d'accidents sont réalisées, des correctifs sont apportés. L'équipe de la direction est consciente du besoin d'adresser la problématique dans son ensemble et de revoir l'environnement de travail et l'ergonomie des postes de travail. L'équipe des ressources humaines maintient ses efforts de sensibilisation sur les avantages d'effectuer les déclarations sur les risques présents dans l'environnement de travail pour agir en aval des problèmes et élaborer les programmes de prévention. Une procédure pour déterminer les risques ergonomiques pour les postes de bureau est en évaluation.

Les politiques et procédures en SST ont été révisées et devront être communiquées afin que la politique de déclaration de situations dangereuses, et principalement les niveaux de sévérité des situations déclarées, soit adressée et gérée dans le cadre des activités régulières des unités administratives.

L'organisation mène depuis peu des entrevues de départ par le biais de formulaire d'appréciation au départ de l'employé. Il est suggéré de systématiser ce processus par le biais d'une procédure administrative claire pour colliger cette information sensible et nécessaire pour identifier toutes possibilités d'apporter des correctifs structurels ou administratifs et réduire ou retarder le départ des employés. Cette information est susceptible de déceler les situations de climat de travail difficile.

Le programme d'interventions pour faire cesser la violence au travail est en complète révision et viendra corriger un aspect sous-optimal de la gestion des ressources humaines.

L'établissement est félicité pour l'élaboration d'un processus de gestion des activités conflictuelles avec l'équipe médicale pour signaler tous comportements qui va à l'encontre du code de conduite et permettra la résolution de problèmes de comportements.



La relance du programme d'appréciation de la contribution du personnel demeure à ce jour un défi pour l'organisation. De nombreux efforts ont été consentis par l'équipe des ressources humaines pour redresser cette situation.




Les descriptions de fonctions sont révisées et mises à jour avant un affichage de poste et le formulaire d'appréciation a fait l'objet d'une refonte en profondeur. Le nouveau processus d'évaluation met l'accent sur le développement professionnel et fait le lien avec les dimensions inscrites à la philosophie de gestion du CISSS. Tous les cadres ont fait l'objet d'une évaluation et le programme s'implante graduellement pour les employés. La direction doit poursuivre ses efforts visant l'implantation du programme comme mesure de développement et de mobilisation et doit mettre en place un système d'information de gestion pour mesurer le degré d'atteinte de l'objectif, de transmettre trimestriellement des rapports au comité de direction et de faire des relances.

## 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>	
3.3 Les équipes, les usagers et leur famille reçoivent du soutien afin d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour participer aux activités d'amélioration de la qualité.	
12.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques.	!
12.3 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme établit des plans d'atténuation des risques.	!
12.4 La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme.	!
12.5 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
12.6 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, les politiques et les procédures qui portent sur la sélection des services contractuels et des prestataires de services en sous-traitance, ainsi que sur la négociation des contrats, sont respectées.	
12.7 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, la qualité des services contractuels et de ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance est évaluée régulièrement.	
15.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme. 15.1.2 Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés.	 <b>SECONDAIRE</b>
15.4 Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place. * Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.	

15.4.1	Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.	<b>PRINCIPAL</b>
15.4.2	L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.	<b>PRINCIPAL</b>
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 *. * Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.	
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.	<b>SECONDAIRE</b>
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.	<b>SECONDAIRE</b>

- 15.7 Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.



NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.

Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.

Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.

- 15.7.3 Un plan est en place pour mettre en oeuvre le bilan comparatif et en assurer le maintien. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.

PRINCIPAL

- 16.1 Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.



- 16.6 Des possibilités d'amélioration de la qualité fondées sur les tendances relatives aux incidents liés à la sécurité des usagers, aux données sur le rendement, aux données sur l'expérience vécue par l'utilisateur, aux commentaires des comités consultatifs des usagers et des familles ainsi qu'à d'autres sources sont cernées, et des plans pour dresser l'ordre des priorités et se pencher sur les possibilités d'amélioration sont élaborés.



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

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission, au transfert et au congé de l'utilisateur a été mis en oeuvre pour la clientèle en soins de longue durée. Nous invitons l'équipe à élaborer un plan pour mettre en oeuvre le BCM dans tous les services et programmes et en assurer le maintien. Un tel plan devrait préciser les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif sera établi.

Beaucoup d'efforts ont été déployés par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance, et de l'éthique (DQEPE) pour développer et actualiser des programmes de formation liée à la réduction des risques. La direction s'est également préoccupée d'élaborer des outils et des stratégies pour s'assurer de l'adhésion des employés à une culture de sécurité et de l'intégration de ces valeurs dans leur travail quotidien.

La direction rend accessibles des tableaux de bord de gestion des risques. En rendant disponible une information plus précise, les situations à risques sont plus concrètes pour les professionnels et ces derniers sont plus en mesure d'analyser les données et d'améliorer la sécurité des usagers.

Par ailleurs, des difficultés dans le processus de communication et de discussion des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les équipes ont été constatées. Peu de moyens ont été mis en place dans les équipes pour atteindre cet objectif. Dans plusieurs services, cette activité n'est pas encore entièrement intégrée à l'ordre du jour des réunions et les cadres sont à la recherche de moyens pour assumer cette responsabilité. Les indicateurs des secteurs de services ou des programmes devraient également prendre en compte l'efficacité de la prestation des services, la capacité de répondre aux besoins, la prestation de soins et de services centrés sur l'utilisateur et la famille, l'expérience vécue par l'utilisateur et les résultats. La direction doit porter attention à la nécessité de poursuivre ses efforts de soutien aux équipes de cadres pour s'assurer de leur implication dans le processus de communications des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein de leurs équipes.

Les équipes de travail sont ainsi invitées à définir des plans d'amélioration spécifiques pour leur secteur, comportant des indicateurs de résultats précis pouvant mesurer l'impact de leurs activités cliniques auprès des usagers. Un plus grand fonctionnement en interdisciplinarité et le développement de protocoles uniformisés permettraient également d'améliorer les processus de travail et d'harmoniser certaines pratiques.

L'organisation effectue le suivi d'indicateurs de performance et de qualité et sécurité. Cependant, il existe un manque d'indicateurs pour évaluer le rendement global de l'organisation en ce qui a trait aux modes de prise en charge des usagers, aux effets des réorganisations cliniques ainsi que sur les résultats atteints au terme d'amélioration du continuum de services.

Le programme de gestion des risques est bien déployé dans l'organisation. Plusieurs activités de sensibilisation ont été effectuées dans les derniers mois pour s'assurer de la mise en application des processus et procédures de gestion des risques. Les employés connaissent bien les mécanismes de déclaration des incidents et accidents et de divulgation. Les événements indésirables sont analysés et un suivi est effectué par la mise en œuvre de mesures correctives. L'information est transmise aux directions et au conseil d'administration. Les principes établis au regard de la déclaration des événements indésirables et des accidents/incidents sont bien établis dans la procédure et de la formation a été offerte au personnel pour augmenter le nombre de déclarations et réduire le délai de la rédaction du formulaire AH-223. L'établissement doit accorder une attention particulière au suivi de cet indicateur. À l'embauche,

les employés participent à une session d'accueil, laquelle prévoit une brève formation à la gestion des risques. Les candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) disposent d'un programme d'orientation d'une semaine qui permet de se familiariser avec les activités de gestion des risques.

L'organisme a réalisé trois analyses prospectives liées à la sécurité des usagers au cours des deux dernières années. Ces analyses ont fait l'objet d'un dépôt et d'une présentation au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration. Les plans d'action par secteurs d'activités pour assurer la mise en œuvre des améliorations appropriées ont été élaborés et actualisés. Par ailleurs, en raison du déploiement de plusieurs initiatives d'amélioration dans certains services, il n'existe pas actuellement d'intégration des différents projets dans une perspective organisationnelle. Ceci se traduit par un travail en silo de certaines équipes et par un manque d'uniformité dans l'approche en regard de l'amélioration continue de la qualité. L'organisation est invitée à poursuivre ses travaux visant à développer des mécanismes plus structurés d'intégration de ses activités d'amélioration pour s'assurer d'une meilleure cohérence dans l'organisation.

## 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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
1.7 Un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.8 Le cadre d'éthique définit les processus de gestion des problèmes, des dilemmes et des préoccupations liés à l'éthique.	
1.10 Du soutien est fourni afin de renforcer la capacité du conseil d'administration, du personnel d'encadrement et des équipes à utiliser le cadre d'éthique.	
1.11 Un processus de collecte et d'examen de l'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique est suivi.	
1.12 L'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique est utilisée afin d'améliorer la qualité des services.	

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

Depuis la création du CISSS de l'Outaouais, seulement deux comités d'éthique clinique, le comité du Pavillon du Parc et celui du CSSS de Gatineau ont maintenu une certaine offre de services. Les activités des comités sont au ralenti et peu de moyens ont été déployés pour solliciter et relever les situations éthiques. Il en résulte un besoin urgent de mettre en place une gouvernance de l'éthique clinique pour accompagner les professionnels aux prises avec des dilemmes éthiques et cliniques.

Au cours de la dernière année, la DQEPE a effectué une large consultation et a présenté un tout nouveau modèle en éthique clinique favorisant une plus grande décentralisation de la prise en charge des situations cliniques en favorisant l'analyse des cas et la recherche de solutions par des rencontres et des discussions d'une réflexion éthique en équipe. Appuyé d'éthiciens cliniques, cette façon de faire, favorise une plus grande appropriation du processus d'analyse et de la recherche de solutions par les équipes de professionnels.

Le conseil d'administration vient d'adopter le modèle d'éthique clinique du CISSS et des travaux sont en cours pour l'élaboration du cadre conceptuel en éthique clinique et d'un plan d'action lesquels prévoient

l'apport des usagers et des familles. Ce cadre de référence devra préciser la structure de l'éthique clinique et organisationnelle, le mandat et les rôles des parties impliquées, ainsi que les modalités mises en place pour supporter les intervenants et les usagers partenaires. La mise en place de cette nouvelle gouverne représente un énorme défi pour l'organisation, mais il se conforme en tous points les exigences d'Agrément Canada. L'établissement devrait mettre en place ce programme dans les plus brefs délais.

Les équipes sont également félicitées pour l'élaboration d'une politique et la mise en place d'une procédure visant à s'assurer que les soins donnés sont cohérents avec le projet de vie des usagers.

L'établissement participe à des projets de recherche locaux et multicentriques. Un comité d'éthique de la recherche 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. Le cadre de référence sur l'éthique de la recherche est en révision pour refléter la mise en place de la nouvelle entité du CISSS, lequel ne devrait comporter que peu de modifications, compte tenu de la concentration des activités de recherche dans peu de sites du CISSS.



## 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>	
11.1 Les systèmes de gestion de l'information sélectionnés répondent aux besoins actuels de l'organisme et tiennent compte de ses besoins futurs.	
11.2 La protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements sur les usagers sont assurées, conformément aux lois applicables.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le CISSS de l'Outaouais a mis en place une politique portant sur les communications internes et externes, et ce depuis le début de 2016. Des liens sont entretenus avec les parties prenantes et la communauté.

Des plans de communication sont créés au besoin. Par exemple en juin 2016, un plan de communication ayant comme titre « mission, vision, valeurs et philosophie de gestion » et un autre concernant l'équilibre budgétaire et le cadre financier 2016-2017. Lors d'un changement, on planifie la communication, par exemple, le projet de reconfiguration des résidences à assistance continue (RAC). Un schéma de réflexion sur la circulation de l'information organisationnelle est fait en date de novembre 2016. Une démarche d'amélioration de la circulation de l'information qui comprend une cartographie par direction est débutée.

L'équipe a une préoccupation pour accompagner les gestionnaires et crée des outils tels que la fiche de gestion « Acquérir de bons réflexes de communication, Guide sur l'accompagnement du volet humain lors d'un changement, planifier accompagner-soutenir » et un guide des normes visuelles et des communications organisationnelles. D'autres projets tels que celui intitulé « meilleurs ensembles » visent le développement d'une politique en regard d'une approche favorable à la présence des proches. L'équipe des communications s'est dotée d'une salle de pilotage pour leur permettre de faire le suivi de leurs projets.

On retrouve comme outil d'information le bulletin organisationnel « Au fil de l'organisation », « info CA », « Info grippe », et au niveau des directions « info DIR ». Les équipes ont accès en temps opportun à des données fondées sur la recherche et à de l'information sur les pratiques exemplaires et les meilleures pratiques.

Il existe plusieurs politiques structurantes telles que celle concernant l'accès aux documents et la protection des renseignements personnels, la sécurité de l'information, la gestion et circulations de l'information clinique, etc. Une politique sur la confidentialité est en vigueur depuis octobre 2016.

Toutefois, les responsables sont conscients qu'elle est récente et pas encore implantée dans l'ensemble du CISSS.

Actuellement plusieurs technologies de l'information différentes et non compatibles sont utilisées dans l'ensemble du CISSS. Les systèmes ne répondent pas aux besoins des utilisateurs en plus de ne pas permettre l'intégration désirée. Des plans sont réalisés pour corriger cette situation. Le site Web est en développement ainsi qu'un intranet et un portail clinique.

Plusieurs employés rencontrés témoignent que depuis plus d'un an, ils reçoivent l'information nécessaire par des affichages, des rencontres avec leurs gestionnaires ou encore les bulletins d'information.

## Processus prioritaire : Environnement physique

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
9.1 L'environnement physique respecte les lois, les règlements et les codes qui s'appliquent.	!
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.	
9.3 La santé et la sécurité des usagers sont protégées en tout temps, particulièrement durant les périodes de construction ou de rénovation.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Plusieurs installations du CISSS de l'Outaouais ont été visitées, plus particulièrement les centres hospitaliers et les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), afin d'avoir une vue d'ensemble de l'organisme. L'état de l'environnement physique est très disparate d'une installation à l'autre. Dans la majorité des installations, les milieux sont bien entretenus avec des aires d'entreposage propres et bien rangées.

Par contre, dans l'une des installations, la vétusté des lieux génère de grands défis dont l'équipe responsable est consciente. En effet, dans cette dernière, on observe de l'encombrement dans les corridors, des tuiles au plafond déplacées ou souillées, de la peinture défraîchie et écaillée sur les murs, de la poussière dans l'aire d'entreposage des fournitures médicales, des travaux de construction non sécurisés dans des corridors utilisés par la clientèle, et des chambres pour un usager où l'on place un deuxième usager sur une civière ce qui rend les déplacements des usagers et des employés à risque. Le bain d'une unité de soins et hors d'usage depuis plusieurs années ce qui force les usagers à se déplacer dans l'unité voisine pour recevoir leur bain. Les délais pour répondre aux nombreuses demandes de réparation sont longs et découragent les utilisateurs. Ces lacunes ont aussi été observées par les responsables de ces secteurs et des actions en vue d'améliorer la situation sont planifiées pour le rendre plus propice à leur mission d'être un lieu de rétablissement.

À quelques reprises, et ce dans des installations différentes, on observe des produits de nettoyage sur les chariots des employés affectés à la salubrité ou dans des armoires non fermées qui sont facilement accessibles, ce qui peut présenter un risque pour la clientèle.

Au niveau des CHSLD, on observe un souci d'adapter l'environnement pour en faire un milieu de vie intéressant pour les résidents tout en maintenant la sécurité des lieux.

Une bonne pratique en place dans plusieurs installations consiste à faire des tournées des lieux plusieurs fois par année par les personnes responsables des secteurs et de l'entretien. Cette visite permet de dresser un plan et de s'entendre sur la priorisation des actions à poser. L'organisme est encouragé à étendre cette pratique à l'ensemble des installations.

Le CISSS est aussi encouragé à mettre en place des mécanismes pour obtenir l'apport des usagers et des familles lorsque le temps sera venu 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.

## 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>	
14.3 Le plan d'intervention relatif à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence est harmonisé à ceux des organismes partenaires et des gouvernements local, régional et provincial.	!
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.	
14.10 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)

Des plans existent dans l'ensemble des installations et leurs dernières mises à jour s'échelonnent entre 2007 et 2015. La volonté de l'organisme est d'harmoniser ces plans tout en tenant compte des particularités de chaque installation. La révision ou l'élaboration de quatre-vingt-six (86) plans pour les quatre-vingt-six installations est un travail énorme. Par la suite, il est prévu de s'assurer que le plan soit en lien avec celui de la sécurité civile et des partenaires.

La structure de garde a été revue dans le contexte de l'organisme intégré et des valises de garde électronique sont déployées. De l'insécurité est vécue par les équipes qui perdent leur repère puisque les personnes de garde ne sont plus celles avec qui les équipes avaient l'habitude d'interagir. Cette insécurité fait ressortir le besoin de tenir compte des aspects de la gestion du changement.

Un évènement récent à l'Hôpital Pierre-Janet a provoqué le déclenchement d'une situation d'urgence et a nécessité l'évacuation de la clientèle et sa relocalisation. La situation a très bien été gérée, la clientèle a été sécurisée rapidement et un plan de communication a été rédigé pour l'occasion. Un premier bilan a été réalisé et d'autres sont à venir.

La collaboration entre l'équipe de la prévention des infections et les équipes de soins permet de gérer positivement les situations d'écllosion de maladie infectieuse.

La formation et les simulations de situations d'urgence sont jugées prioritaires par l'organisme et attendues par les employés particulièrement en CHSLD où l'on retrouve une clientèle vulnérable.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

L'établissement est à consolider ou mettre en place certains chantiers visant à améliorer l'accès et la fluidité des services. Plusieurs indicateurs sont présents dans la salle de pilotage stratégique du CISSS de l'Outaouais concernant les causes des difficultés d'accès et des engorgements surtout en ce qui concerne les urgences.

À partir des constats réalisés concernant la clientèle NSA (niveaux de soins alternatifs, une structure de gouvernance a été mise en place à l'automne 2016 et des plans d'action visant à améliorer le cheminement des clients sont en élaboration dans certains comités (ex : comité tactique volet hospitalisation). L'amélioration des trajectoires cliniques est au cœur des préoccupations du personnel d'encadrement. Il faudrait toutefois s'assurer que les mesures identifiées pour améliorer le cheminement des usagers sont opérationnelles et mesurables.

Des stratégies porteuses ont été mises en place pour mieux répondre à la demande de services [guichet d'accès par direction, travail de repérage aux urgences des hôpitaux de Gatineau et de Hull par l'infirmière de gériatrie] ainsi que pour éviter l'hospitalisation des résidents des CHSLD. Des corridors de services ont été mis en place pour maintenir l'utilisateur dans son milieu de vie tout en recevant les services dont il a besoin [ex. corridor de services pour l'orthopédie]. La formation sur l'approche adaptée à la personne âgée qui est en cours de déploiement, devrait aussi, selon les personnes rencontrées avoir un impact sur les NSA.

Le personnel d'encadrement démontre une réelle volonté de travailler de façon « interdirectionnelle ». Des mécanismes formels de collaboration sont à se mettre en place pour améliorer l'accès et la fluidité et aborder les enjeux. Toutefois des défis importants demeurent pour en arriver à actualiser cette orientation [par exemple le partage des responsabilités autour des différentes clientèles].

Des ententes avec des partenaires sont aussi formalisées ou à se formaliser pour répondre aux besoins de répit et d'hébergement. Ces partenariats sont à poursuivre.

L'organisme a aussi retenu quelques stratégies visant à agir en amont de l'hébergement et de l'hospitalisation et qui permettront de réévaluer les usagers en attente d'hébergement et de favoriser autant que possible le maintien ou le retour à domicile.

Les attentes de la haute direction en regard de l'amélioration du cheminement des usagers sont partagées avec les cadres. Des gestionnaires et des médecins collaborent afin de réduire la congestion

aux urgences. Au niveau de l'hospitalisation, plusieurs professionnels sont mobilisés notamment au moment de la gestion des lits.




Le rôle et les responsabilités de chaque équipe semblent définis. Par contre des défis d'actualisation demeurent au niveau des équipes et les offres de service de chaque direction doivent être mieux connues. Des mécanismes de suivi devraient être mis en place afin de s'assurer que les stratégies identifiées sont bien mises en œuvre [par exemple l'orientation des patients de niveau de priorité P4 et P5 vers un médecin de famille]. Les actions concernant la clientèle ambulatoire doivent être renforcées. L'accès à un médecin de famille demeure un défi important pour désengorger les urgences si l'on tient compte, de façon particulière, du portrait de santé de la population de la région. Comme mentionné par la direction, le développement de mesures préventives plutôt que curatives constitue un enjeu important. Actuellement des ressources financières et humaines sont investies de façon temporaire dans les urgences, les lits additionnels en CH ou en CHSLD. Il serait pertinent de poursuivre les investissements amorcés en amont.

Enfin, il serait important de déployer les efforts visant à actualiser les objectifs d'amélioration du cheminement des usagers tant dans les milieux ruraux qu'urbains.



## 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.	
9.8 Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en oeuvre.	
9.8.1 Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.	<b>PRINCIPAL</b>
9.8.2 Il y a des rapports d'entretien préventif pertinents.	<b>PRINCIPAL</b>
9.8.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.	<b>SECONDAIRE</b>
9.8.4 Un suivi, lequel est consigné, est effectué en ce qui concerne les enquêtes relatives à des incidents et à des problèmes impliquant les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.	<b>PRINCIPAL</b>
<b>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections</b>	
10.1 Des politiques et des procédures claires et concises sont élaborées et maintenues pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux réutilisables.	
10.3 La formation, le perfectionnement et l'expérience nécessaires sont définis pour tous les membres de l'équipe qui participent au nettoyage, à la désinfection et à la stérilisation de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux.	
10.4 Les plus récentes directives des fabricants sont respectées pour nettoyer, désinfecter ou stériliser l'équipement, les appareils et les instruments médicaux.	
10.5 Les politiques, les PON et les directives des fabricants sont accessibles à tous les membres de l'équipe.	

10.9 Si l'équipement, les appareils et les instruments médicaux sont nettoyés, désinfectés et stérilisés sur place, les membres de l'équipe qui participent à ces processus reçoivent de la formation et du perfectionnement à ce sujet au moment de l'embauche et de façon continue.	!
10.16 Les détergents, les solutions, les stérilisants et les désinfectants sélectionnés respectent les directives des fabricants, et ils sont compatibles avec les appareils et instruments nettoyés, désinfectés ou stérilisés ainsi qu'avec l'équipement et les processus de nettoyage, de désinfection ou de stérilisation.	
10.17 Les directives d'utilisation des fabricants sont suivies pour chacun des détergents, stérilisants et désinfectants, de même que pour chacune des solutions.	!

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

L'approche de l'équipe de génie biomédical n'est pas de changer un équipement, mais d'apporter des solutions aux intervenants ce qui dénote une approche proactive. Au niveau des équipements médicaux spécialisés, le programme d'entretien préventif est développé et bien suivi, mais il ne comprend pas tous les appareils, instruments, équipements et la technologie.

Il y a différents systèmes informatiques non compatibles qui supportent l'entretien des installations dans l'établissement. Un projet vise à harmoniser le système et de migrer vers un plus performant qui sera en mesure de supporter le programme d'entretien préventif. L'établissement est encouragé à poursuivre ses réflexions en vue d'harmoniser ces processus afin que l'ensemble du parc d'équipement et immobilier ait un entretien préventif et que lors de bris, les utilisateurs n'ont pas à remplir deux types de requêtes différentes. Certains équipements non spécialisés tels que des réfrigérateurs à température contrôlée et les chaises de bains en CHSLD sont dans une zone grise où ils semblent être oubliés.

Lors de bris informatique, le support est fait à distance ce qui monopolise des ressources cliniques sur les lieux et qui crée des irritants.

Des préoccupations sont aussi soulevées en regard du manque de disponibilité d'équipement de prise de signes vitaux.

Autant que possible, des instruments jetables sont utilisés. Toutefois pour les instruments réutilisables, l'établissement est encouragé à déployer une procédure de nettoyage.

## 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.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!

1.4	Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5	Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.9	Les activités liées aux systèmes de défense des droits sont menées en collaboration avec les partenaires et avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3	Les services qui facilitent la participation sociale et l'intégration des usagers et de leurs familles dans la communauté sont créés avec l'apport des usagers et des familles et en collaboration avec les organismes partenaires.	!
3.3	Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
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.	
3.6	L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
3.7	Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des 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.	!
4.12	Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
8.7	Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles.	
8.16	Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!

9.2	Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
9.3	Les objectifs et les résultats attendus des services sont déterminés en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
11.9	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
12.8	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.	!
13.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
14.2	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.	
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.	!
14.4	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.	!
14.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.6	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.	!
15.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.2	Des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!

15.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.2	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.	
16.3	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.	!
16.4	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.	
16.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
16.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
16.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>		

Le leadership clinique est bien établi dans les services qui desservent la clientèle en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. La mise en place du guichet d'accès unique DI-DP-TSA (déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme) témoigne de la mise à profit des nouvelles opportunités offertes dans le cadre du CISSS. La conception des nouveaux services ou leur révision devra préalablement faire l'objet de la mise en place d'une organisation facilitant et suscitant la participation des usagers et des familles.

**Processus prioritaire : Compétences**

Le personnel est compétent, très engagé, motivé. Il reçoit de la formation en lien avec ses différents besoins, du soutien par les chefs de service et par les spécialistes en activités cliniques (SAC). Les équipes travaillent en étroite collaboration, en interdisciplinarité et en multidisciplinarité.

L'orientation est assurée au personnel ou aux professionnels qui intègrent les différents services offerts à la clientèle déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA). Compte tenu des services spécialisés offerts auprès de la clientèle, des enjeux sont en cours avec la liste de rappel dans le contexte du CISSS afin d'assurer une stabilité auprès des usagers, mais aussi afin de répondre de façon professionnelle à leurs demandes et au suivi de leurs plans d'intervention.

L'apport des usagers et des familles est à concrétiser.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les services et programmes offerts sont centrés sur l'utilisateur, des maillages avec les autres directions du CISSS favorisent des collaborations entre les intervenants et en conséquence la continuité et l'intégration des services offerts aux usagers.

L'accessibilité aux services et aux programmes reste toujours un enjeu pour la Direction DI-DP-TSA compte tenu des listes d'attente existantes. Des travaux sont menés pour cerner les obstacles et rendre plus fluide la trajectoire de l'utilisateur à travers les épisodes de services (mise en place du programme troubles graves du comportement, développement du programme socioprofessionnel DI-TSA afin de potentialiser les opportunités afin que les usagers puissent jouer un rôle socialement valorisé et contribuer à la société tant sur le plan social qu'économique). Par contre, un processus est à mettre en place pour favoriser leur apport dans ces travaux, mais aussi afin de vérifier la pertinence et la nécessité des services reçus.

Dans le sens de l'amélioration de l'accessibilité, l'implantation d'un guichet d'accès unique DI-DP-TSA fait suite à diverses recommandations, dont ministérielles et aura vraisemblablement et positivement pour effet, l'intégration des services et des équipes impliqués. Dans le secteur de l'organisation des services de l'enfance en réadaptation, mentionnons l'implantation récente d'une clinique régionale d'évaluation (OSER).

Le travail clinique par épisodes de services a également été introduit en hébergement au niveau des résidences en assistance continue (RAC). Seules cinq RAC offrant des services spécialisés de réadaptation active resteront ouvertes. Il serait important d'associer les usagers et les familles dans la démarche de cette transformation résidentielle.

La rigueur clinique est de mise dans les différentes évaluations effectuées, mais ces dernières auront à être finalisées dans des processus permettant l'apport des usagers et des familles.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Le personnel a été largement outillé pour tenir à jour les dossiers des usagers, recueillir l'information pertinente et en assurer la confidentialité.

Le partage de l'information sera encore davantage facilité par le nouveau cadre du CISSS, par contre, il aura à être coordonné avec les autres organismes en partenariat avec les usagers ou leurs représentants.

Les nouvelles politiques et procédures seront à établir en actualisant la contribution des usagers et des familles.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Plusieurs tableaux de pilotage ont été mis en place à la direction du programme, mais aussi dans certaines équipes afin de favoriser la mise en œuvre des projets en cours et d'en améliorer la gouvernance. Ces projets, les stratégies qui les accompagnent devront être désormais planifiées, élaborées, déployées et évaluées avec la contribution des usagers et des familles. Les procédures, les protocoles, les priorisations, les analyses seront également à établir avec l'apport des usagers et des familles. L'amélioration de la qualité dans les services continuera à s'appuyer sur des indicateurs nécessaires pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif, mais ceci en formalisant des façons de faire visant le soutien à la participation des usagers et des familles et à leur responsabilisation.



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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
6.1 Les équipes ont accès aux formulaires et aux documents relatifs aux processus de gestion des médicaments à la pharmacie et dans les secteurs de services cliniques.	
12.2 Les aires d'entreposage des médicaments sont nettoyées et organisées régulièrement.	
12.3 Des conditions appropriées sont maintenues dans les aires d'entreposage des médicaments afin de protéger la stabilité des médicaments.	
12.10 Les aires d'entreposage des médicaments sont inspectées régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	
14.9 La conformité aux politiques et aux procédures relatives aux ordonnances de médicaments est évaluée régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.	!

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Gestion des médicaments**


Dès l'été 2016, la nouvelle équipe de gestion du service a revu son offre de service et priorisé ses activités dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. Cette réalité ne permet pas de dégager du temps pharmacien pour assurer la formation du personnel de soins et rédiger le programme interne d'accueil et de formation. Un tel contexte ne facilite pas le recrutement de ressources.

À l'automne 2016, l'organisme implante le programme de gérance des antimicrobiens. L'ajout d'une ressource en pharmacien pour assurer la coordination du programme mérite d'être souligné comme un bon coup pour sa réussite.

L'enjeu de l'accès aux documents et protocoles cliniques destinés aux cliniciens et au personnel de soins doit être considéré comme un enjeu de sécurité dans les soins aux usagers. L'implantation d'un portail unique assurerait un accès à l'information en tout temps.

Il est recommandé d'installer des thermomètres sur les réfrigérateurs contenant les médicaments, et pour certains, installer une serrure lorsque l'équipement est dans une zone ouverte.

## Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.13 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
4.1 Une approche collaborative est utilisée pour offrir les services.	!
4.2 L'équipe travaille en collaboration avec les usagers et les familles.	
4.5 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.9 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
8.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>

8.5.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.5.4	Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
8.5.5	L'utilisateur, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL
8.13	Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
10.8	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
11.6	Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
13.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
13.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	

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

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisme doit définir une stratégie afin que l'apport des usagers et des familles soient plus présents dans les projets.

On retrouve une grande mobilisation au sein des équipes de médecine gériatrique, tant sur le plan de la gouverne que des équipes cliniques et de support-conseil. L'équipe est dynamique et motivée.

L'équipe est encouragée à définir son plan d'amélioration continue de la qualité en identifiant les activités qualité retenues, les objectifs mesurables, les moyens utilisés, les indicateurs de résultats et les moyens d'évaluation retenus. L'équipe est aussi encouragée à promouvoir la diffusion des résultats des activités d'amélioration de la qualité ainsi que les mesures d'amélioration qui en découleront.

L'équipe est invitée à poursuivre l'intégration de l'utilisateur et sa famille, tant dans la conception de ses services, l'identification des meilleures pratiques, l'identification de ses objectifs et enfin l'évaluation de l'efficacité des services.

##### Processus prioritaire : Compétences

Plusieurs activités de formation sont réalisées annuellement dans le cadre des besoins identifiés par la clientèle. Pour les soins infirmiers, les formations comprennent : pompes à perfusion, prévention des infections, soins de peau et de plaies, vaccination, IsoSmaf, prévention des chutes, soins de fin de vie, niveau de soins ou niveau d'intervention médicale, prévention de la thrombo-embolie, identification aux moyens de deux identificateurs uniques et autres. Pour les professionnels, les formations comprennent : évaluation de l'inaptitude de la personne âgée, fonctionnement social et autres. Un programme d'accueil et d'orientation est en place. Par contre l'équipe a manifesté l'intérêt de recevoir de la formation sur les mesures d'urgence comme un exercice de feu et d'évacuation.

Pour optimiser le développement des compétences et la qualité des soins et services, une monitrice clinique réalise des formations et des activités d'évaluation de la qualité (audits). À l'unité de l'hôpital Gatineau, l'équipe utilise un mode de présentation des résultats des audits originaux consistant en un présentoir tournant sur le poste infirmier accessible tant pour les équipes de soins, les usagers et les visiteurs ou familles. Cette approche est transparente et encourage l'amélioration continue.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

Il y a des plans d'interventions unies disciplinaires (PI) bien documentés pour les usagers en attente d'hébergement, en réadaptation ou en gériatrie active. Ces PI décrivent une problématique spécifique, un objectif disciplinaire ainsi que des interventions associées. Dans le cadre de l'approche collaborative ou interdisciplinaire, il a été discuté que le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) devrait comprendre un objectif commun aux membres de l'équipe permettant de mieux cibler les besoins de l'utilisateur et que le PII devrait être entériné par l'utilisateur et/ou son représentant.

Le plan d'intervention individualisé de l'infirmière ou plan thérapeutique infirmier (PTI) ne comprend pas toujours un constat sur la problématique principale de l'utilisateur ainsi que les directives infirmières qui devraient en découler. Par exemple chez un usager connu comme ayant plusieurs chutes, présentant de l'errance invasive ou un autre usager ayant des plaies, les constats ou directives infirmières qui devraient y être associés ne sont pas décrits. De ce fait le plan de travail du préposé aux bénéficiaires est incomplet sur la surveillance des manifestations cliniques de l'utilisateur et l'accompagnement et les interventions qu'il devrait faire.

Dans le cadre du consentement éclairé de l'utilisateur ou de son représentant avant la prestation des services, l'équipe doit s'assurer d'obtenir le consentement de l'utilisateur, notamment avant l'application d'une mesure de contrôle.

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

Les unités de médecine gériatrique sont dotées d'une équipe dédiée et soucieuse de la qualité des services à la clientèle. Pour assurer une gestion optimale des corridors de service, une infirmière en gériatrie est en place pour favoriser l'accès à l'unité de médecine gériatrique. On y retrouve deux médecins généralistes spécialisés en gériatrie et la présence d'une gériatre. Pour optimiser le développement des compétences et la qualité des soins et services, une monitrice clinique est aussi assignée et elle réalise des activités d'évaluation de la qualité (audits).

L'équipe est dédiée et soucieuse de la qualité des soins et de la gestion des risques. L'équipe est composée d'intervenants de diverses disciplines pour assurer le suivi requis par des plans d'interventions axés sur l'évaluation, la réadaptation, la gériatrie active ou le maintien de l'autonomie de la personne âgée. L'équipe utilise des outils d'évaluation et de suivi qui sont pertinents aux besoins de la clientèle en médecine gériatrique. Enfin un suivi est assuré en matière de gestion des dossiers et de confidentialité et l'équipe comprend bien les enjeux reliés au consentement et à la représentation légale de l'utilisateur. Un guichet d'accès est en place pour orienter la clientèle âgée vers la meilleure ressource (gériatrie active, hôpital de jour, réadaptation, etc.).

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


De façon générale l'équipe est soucieuse d'assurer des soins de qualité et diminuer les situations à risque pour les usagers. Sur le plan de la sécurité de soins et services en médecine gériatrique, il est recommandé de développer une approche proactive et prédictive pour cerner les risques pour la sécurité des usagers. Une attention particulière doit être accordée aux situations à risques élevés pour la clientèle en perte d'autonomie atteinte de démence par exemple en éliminant l'accès à des produits dangereux,

en sécurisant les unités de soins avec des systèmes de prévention des fugues avec bracelets anti-fugue et en sécurisant les chariots à médicaments.

L'équipe est aussi invitée à mettre en place des stratégies de contrôle de la qualité en matière de risque en identifiant des indicateurs spécifiques dans ses processus de soins et en réalisant des audits en continu pour intervenir de façon proactive en matière de risques.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
5.6 L'efficacité de l'approche à multiples facettes pour promouvoir la prévention et le contrôle des infections est évaluée régulièrement, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
8.4 Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès à des éviers réservés au lavage des mains.	
<p>12.2 Les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi, l'information recueillie est analysée pour détecter les éclosions et les tendances et cette information est communiquée à l'ensemble de l'organisme.</p> <p>NOTA : Cette POR ne s'applique qu'aux emplacements qui disposent de lits et offrent des soins infirmiers.</p> <p>12.2.2 Les éclosions sont analysées et des recommandations sont émises afin d'éviter qu'elles surviennent de nouveau.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>
12.10 Les résultats des enquêtes sont utilisés pour améliorer les programmes, les politiques et les procédures, ainsi que pour empêcher que les infections nosocomiales ne surviennent de nouveau.	
14.2 Les mesures de rendement de la prévention et du contrôle des infections font l'objet d'un suivi.	
14.3 Des commentaires au sujet des volets du programme de prévention et de contrôle des infections sont recueillis auprès des membres de l'équipe, des bénévoles, des usagers et des familles.	
14.4 L'information recueillie au sujet de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections est utilisée pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et pour apporter des améliorations en temps opportun.	
14.5 Les résultats d'évaluation sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux familles.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

**Processus prioritaire : Prévention des infections**

Depuis septembre 2016, l'organisation a mis en place une structure de gouvernance, stratégique et opérationnelle en prévention et contrôle des infections. Bien que les membres des comités et les mandats ont été définis, les premières rencontres ont eu lieu tout récemment.

L'implication et l'engagement des gestionnaires du service d'hygiène et de salubrité à collaborer avec l'équipe en prévention des infections (EPI) mérite d'être souligné comme un point fort dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Les deux équipes ont harmonisé le plan de gradation pour la gestion des éclosions et les procédures d'hygiène et de salubrité pour l'ensemble des installations.


Les données produites récemment par l'équipe en prévention des infections (EPI), démontrent que certaines installations présentent un taux d'infections nosocomiales critique et des résultats de conformité en hygiène des mains très inférieure à la cible identifiée par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). L'organisme est encouragé à voir l'urgence d'intervenir rapidement et à prendre des actions en conséquence.

Une pratique collaborative de partenariat avec les familles et les usagers est implantée dans les installations de soins de longue durée du CISSS. Lors de l'admission du résident, le travailleur social rencontre la famille pour échanger sur les informations contenues dans le guide d'accueil. Ce guide comprend entre autres de l'information sur les pratiques sécuritaires, dont l'hygiène des mains. De plus, le travailleur social inscrit une note au dossier du résident comme preuve des échanges avec la famille et le résident. Cette pratique sécuritaire mérite d'être évaluée comme approche en prévention des infections.

Il est recommandé à l'EPI d'inviter la collaboration des usagers et familles sur les enjeux de prévention et contrôle des infections. Il est également recommandé d'assurer une plus grande disponibilité des équipements requis pour l'hygiène des mains.



## Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
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.	
9.8 L'accès à un espace consacré à la spiritualité et au soutien spirituel est offert pour répondre aux besoins des usagers.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
8.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	<b>PRINCIPAL</b>

8.5.5	L'utilisateur, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	<b>PRINCIPAL</b>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
11.1	Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.	!
11.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
13.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
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.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>		

La direction a une vision centrée sur les clients partenaires. Elle est au centre de la planification des services.

L'intégration de la nouvelle trajectoire de service pour la clientèle en déficience physique se poursuit. La récente ouverture de la clinique Orientation Service Externe Régional (OSER) pour la clientèle pédiatrique est un exemple de l'actualisation du continuum de soins en collaboration avec d'autres programmes.

La pénurie de personnel est une préoccupation constante. Plusieurs stratégies de recrutement sont en cours. L'étendue du territoire demeure un défi constant pour la rétention du personnel dans les installations rurales.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les intervenants ont reçu de la formation en matière de qualité et de sécurité cette année. Plusieurs professionnels ont exprimé leur crainte de voir une diminution du nombre d'heures de formation reliée aux fusions des unités d'accréditations syndicales. Il n'y a pas eu de formation et de perfectionnement sur la façon de travailler avec des usagers de diverses cultures, religions ou croyances.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'équipe de la réadaptation a été récipiendaire d'un prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie sécurité des soins et services soit le Prix Isabel et Michel Beauchemin pour la gestion proactive et intégrée des chutes en réadaptation fonctionnelle intensive. Ceci démontre son engagement en matière de qualité et de sécurité des soins.

Il y a un sous-comité de gestions des risques pour la direction en déficience intellectuelle, déficience physique et troubles du spectre de l'autisme (DI-DP-TSA) qui est actif. Il utilise le tableau de bord sur la prestation sécuritaire de soins et services en collaboration avec la Direction de la qualité, de la performance, de l'éthique (DQEPE) pour cibler ses actions d'amélioration de la qualité. Il y a un plan d'amélioration de la qualité réalisé en 2017.

L'implantation du bilan comparatif est à venir.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Le programme DP, DI-TSA a maintenant son guichet d'accès intégré pour toutes les demandes de services. Le défi était de taille avec plusieurs systèmes d'informations à consulter pour éviter les répétitions d'évaluations et gérer efficacement les listes d'attentes. La création d'une liste de contrôle utilisée dès le début du traitement de la demande de services collige toutes les informations des clients nécessaires pour commencer une prestation de soins de qualité et sécuritaires. C'est un bon coup à souligner.

Le dossier client est constitué d'une partie papier et d'une autre partie informatisée ce qui peut être une source d'erreur potentielle lors de la prestation de soins. La gestion de la liste d'attente demeure un défi.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Il n'y a pas de procédure normalisée pour le choix des lignes directrices. Les lignes directrices sont obtenues du MSSS, des ordres professionnels ou lors de formations.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
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.	
3.12 Une stratégie pour réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales au sein de l'équipe est élaborée avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.10 De la formation et du perfectionnement sont régulièrement fournis à l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer les comportements agressifs ou violents en se servant de techniques d'allègement des conflits.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
10.9 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
<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>		
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.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
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.       |  |

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisme doit développer sa stratégie pour avoir l'apport des usagers et familles.

##### Processus prioritaire : Compétences

Un programme de formation Oméga sur les techniques de pacification est initié et est au stage de la formation des formateurs. Tout le personnel de l'équipe en santé mentale sera formé.

Un nouveau processus d'évaluation de la performance est en élaboration. Son implantation et évaluation sont encouragées.

La reconnaissance du personnel est largement faite au sein des équipes. Cependant, le programme de reconnaissance du personnel au niveau de l'organisation doit être amélioré.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

Sur les cinq sites d'hospitalisation visités, un personnel dédié, motivé et centré sur les besoins du patient a été observé. Cependant, une pénurie de personnel et des défis de remplacement sont notés et des signes d'épuisement ont été observés.

Une semaine avant la visite d'agrément, une inondation majeure a forcé la fermeture du pavillon principal de l'Hôpital Pierre-Janet et quatre unités d'adultes hospitalisés en psychiatrie ont été rapidement relocalisées dans un autre pavillon du site juvénile et à l'Hôpital de Hull, les unités psychiatriques, dont une unité aménagée pendant la situation d'urgence. Des travaux d'adaptation et de sécurisation des nouveaux locaux sont en cours. La sécurité et le bien-être de la clientèle ont été une priorité pour le personnel qui a fait preuve d'un engagement exemplaire.

L'unité d'hospitalisation psychiatrique de l'Hôpital de Hull est vétuste. Par contre, les milieux thérapeutiques de l'Hôpital de Gatineau sont appropriés et favorisent le rétablissement de la clientèle.

Les services d'urgence psychiatrique ont été centralisés à l'Hôpital de Gatineau. Une aire adaptée pour la santé mentale est intégrée dans l'urgence générale. Une bonne collaboration avec les partenaires hospitaliers et communautaires est notée.

Des travaux concernant le cheminement clinique ont été réalisés et une boîte à outils est utilisée par le personnel durant la prestation des soins. L'utilisation de notes infirmières abrégées est également notée.

Cependant, les processus de transition de la clientèle ne sont pas évalués. Une attention particulière concernant les impacts de l'utilisation des surveillances constantes est nécessaire.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

La tenue des dossiers sur les cinq sites visités est adéquate. Les dossiers sont également rangés de manière sécurisée. Le partage de l'information sur l'utilisateur respecte la confidentialité.


**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**


Des indicateurs de résultats cliniques et de rétablissement sont à développer, implanter et évaluer. Plusieurs critères sont présents, mais sans l'apport des usagers et de la famille.

## 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>	
1.1 Une démarche de prestation de services et de soutien qui est centrée sur l'utilisateur, dictée par lui et fondée sur ses forces, est adoptée avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.8 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1 Une stratégie est élaborée pour promouvoir une santé mentale optimale et réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales et aux troubles concomitants, avec l'apport des usagers et des familles.	
3.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
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.	
3.5 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.	
3.6 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des 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.	!
4.2 Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour.	!
4.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
4.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	



4.9	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
4.10	Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
5.3	Il existe des profils de poste qui définissent les rôles, les responsabilités et les champs de compétence pour tous les postes.	
6.3	Les membres de l'équipe sont reconnus pour leurs contributions.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
1.11	Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
7.11	Des processus sont en place permettant d'effectuer le suivi des usagers ou des familles à risque élevé qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus.	
8.11	Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
8.13	Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
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.	
9.5.1	Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.	<b>PRINCIPAL</b>
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.	<b>PRINCIPAL</b>
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.	<b>PRINCIPAL</b>

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
10.9	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	 SECONDAIRE
10.9.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des utilisateurs) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>• demander aux utilisateurs, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des utilisateurs).</li> </ul>	SECONDAIRE
12.7	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des utilisateurs et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
13.5	L'information est consignée dans le dossier de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
13.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des utilisateurs et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
14.1	De la formation et du perfectionnement sur les lois sont offerts pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les utilisateurs.	
14.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des utilisateurs et des familles.	

<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
15.2	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.	
15.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.4	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.	!
15.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.6	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.	!
16.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
17.2	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.	

17.3	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.	!
17.4	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.	
17.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
17.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
17.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
17.11	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.	

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'établissement a des partenariats formalisés avec des organismes communautaires afin d'assurer certaines prises en charge en lien avec l'hébergement et la réinsertion sociale. La Maison le Ricochet reconnaît la volonté du CISSS de maintenir les liens et a reçu de l'information du CISSS, mais souligne la difficulté de recevoir les plans d'interventions des clients qui sont référés et souhaite pouvoir avoir des temps de rencontres structurées afin de mieux discuter des enjeux cliniques et développer davantage des plans de service.

Dans le secteur des Collines, le travail d'équipe est bien établi et se traduit par une reconnaissance de la contribution de chacun. Il y a une perception que la charge de travail est très grande et qu'elle augmente quand des collègues doivent s'absenter.

##### Processus prioritaire : Compétences

Les professionnels ne sont pas évalués systématiquement selon les informations recueillies.

Les professionnels expliquent que les gestionnaires sont disponibles en cas d'urgence et que des réunions d'équipe ont lieu aux deux ou trois semaines. Ces réunions comportent un volet clinique et un volet administratif. L'organisme est encouragé à augmenter les communications auprès des équipes, et ce particulièrement sur les politiques et procédures du CISSS. Certaines communications transmises par courriel ne sont pas consultées.

Les intervenants en santé mentale adulte (SMA) reconnaissent des compétences entre eux par contre l'harmonisation des pratiques demeure un défi dans certains secteurs ruraux.

Une nouvelle révision des tâches à la clinique soins infirmiers pourrait demander une optimisation et une hiérarchisation compte tenu du défi de recrutement d'infirmières.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le guichet d'accès en santé mentale adulte (SMA) mis en place et actualisé avec des processus rigoureux et une équipe multidisciplinaire répond à plusieurs critères de qualité et de sécurité. L'équipe pratique dans une approche collaborative et est encadrée par une coordonnatrice. Les données sont suivies favorisant des ajustements en continu. La présence d'un médecin psychiatre répondant apporte aussi une valeur ajoutée pour l'équipe. Ce grand projet continue de s'améliorer par le biais d'un plan et des idées novatrices qui impliquent la partie médicale. La crédibilité de l'équipe contribue à son utilisation.

Le bilan comparatif des médicaments est à mettre en place et la planification des travaux est en cours.

Certaines actions demandent d'être harmonisées sur le territoire tel que la remise d'une brochure sur les droits des usagers. La communication des processus cliniques et l'encadrement sont plus difficiles dans le secteur rural. L'organisme devrait porter une attention à la mise en place d'un encadrement clinique dans la Vallée de la Gatineau (Maniwaki).

La clientèle bénéficie de groupes de qualité centrés sur les besoins de la clientèle et la satisfaction des clients est mesurée tout comme l'impact de la démarche.

L'opportunité créée par l'établissement d'une nouvelle direction santé mentale et dépendance est apparenté et reconnu par les intervenants de la santé mentale.

Le continuum de service de SMA est en développement, mais plusieurs intervenants connaissent la trajectoire clientèle et sont disposés à aller vers une approche de rétablissement. Nous encourageons la direction à développer avec les usagers et familles une philosophie globale pour tous les services.

Il faut souligner la disponibilité pertinente de plusieurs formations pour les intervenants qui les apprécient.

La Résidence Gatineau offre un soutien d'hébergement communautaire dans un milieu qui favorise le processus de rétablissement. Le personnel est motivé et centré sur les besoins de sa clientèle. Le milieu, calme et paisible, est apprécié positivement par la clientèle.

La Résidence intermédiaire Mont-Bleu offre un milieu d'hébergement à une clientèle ayant une psychopathologie à long terme, lourde et complexe. Le personnel répond aux besoins de sa clientèle en offrant un milieu de vie stable.

La Résidence Boisé Gabriel-Audet offre huit places pour une clientèle avec des troubles graves de comportement. L'approche est basée sur une autoresponsabilisation de la clientèle faite dans le respect. Un cahier des routines de chacun des usagers est utilisé afin de maintenir une normalisation du milieu. Le personnel est passionné et les besoins de la clientèle sont au cœur de leur approche.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les politiques de gestion de dossiers sont connues, mais pas toujours appliquées notamment en milieu rural.

L'organisme doit développer sa stratégie pour avoir l'apport des usagers et familles.

La mise en place de stratégies afin de réduire la liste d'attente est bénéfique notamment dans la Vallée-de-la-Lièvre.

La disponibilité des groupes permet une réponse de qualité aux besoins des clients et favorise l'accès de la clientèle.

Le suivi de cibles définies par le MSSS et avec le support du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le suivi intensif (SI) et le suivi d'intensité variable (SIV) est à poursuivre. La clinique ambulatoire en soins infirmiers permet que certains clients du SIV reçoivent un autre niveau de service et de même pour les clients en SI qui peuvent alors compter sur des places en SIV. Cette gestion du mouvement client est essentielle dans la trajectoire des patients. Le travail de collaboration étroite avec les médecins psychiatres est à poursuivre.

Le travail de liaison et d'accueil à l'hôpital de Wakefield est structuré et favorise la réponse aux besoins de la clientèle selon une priorisation bien balisée.

La lettre transmise à la clientèle suite à la réception d'une demande est complète et indique une personne à joindre en cas de besoin.


#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats


Il serait aussi intéressant de développer des outils de mesure adaptés aux intervenants et incluant des données qualitatives.

La clinique ambulatoire soins infirmiers est une création permettant d'atteindre des résultats significatifs dans le mouvement de la clientèle. Le défi de cheminement de la clientèle est facilité par cette équipe et agit donc sur la durée de séjour en hospitalisation.

Il serait pertinent de mesurer l'impact et l'efficacité pour la clientèle des transitions et formaliser les outils qui actuellement ne sont pas standardisés.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés 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.	
<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.	!
3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.12 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
<p>8.6 L'établissement d'un bilan comparatif des médicaments est entrepris en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'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>8.6.1 Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.</p>	  <b>PRINCIPAL</b>

8.6.2	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.	PRINCIPAL
8.8	Une approche interprofessionnelle et collaborative est utilisée pour évaluer les besoins des usagers en matière de soins de la peau et des plaies et dispenser des soins éclairés par des données probantes qui favorisent la guérison et réduisent les cas de morbidité et de mortalité.	 PRINCIPAL
8.8.6	Des documents normalisés sont mis en oeuvre dans le but d'élaborer un rapport complet de tous les aspects de la prestation de soins de la peau et des plaies (y compris l'évaluation, les buts du traitement, le traitement dispensé et les résultats).	PRINCIPAL
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
11.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
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>		
13.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
13.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
13.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
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.	!
14.3	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, 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.

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'arrimage des services pour le continuum de soins demeure un défi. À cet égard, la mise en place d'un guichet d'accès pour la clientèle de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) est une mesure d'amélioration qui se doit d'être soulignée. Cette porte d'entrée unique permet la prise en charge de l'utilisateur par le service qui répond le mieux à ses besoins.

Un réel partenariat s'est établi avec les propriétaires des ressources non institutionnelles. Le partage de responsabilités est clairement établi pour toutes les étapes de l'intégration de l'utilisateur et durant son séjour dans la ressource. L'équipe peut être fière de cette réalisation.

L'harmonisation des soins et services sur tout le territoire est une priorité pour la direction. Cette démarche s'accompagne d'un nombre important de rencontres auprès des partenaires internes afin de faire connaître l'offre de services et faciliter le retour de l'utilisateur dans son milieu de vie le plus tôt possible.

Plusieurs mesures sont mises de l'avant pour maintenir l'utilisateur à domicile. Les soins palliatifs sont assurés par une équipe dédiée au milieu urbain. L'accès aux médicaments pour cette clientèle le soir et les fins de semaine pour le secteur urbain pose problème. La relocalisation de la réserve de narcotiques s'avère prioritaire pour une meilleure sécurité.

L'entretien et le transport des équipements lourds tels les lits sont assurés par une firme externe. Il n'y a pas de transport d'équipement par les employés, préservant ainsi leur sécurité.

##### Processus prioritaire : Compétences

Un programme d'orientation à l'embauche est en place. Les descriptions de fonction sont à jour et connues du personnel. Les équipes de travail sont bien structurées, encouragées et encadrées par des gestionnaires engagés dans la qualité et la sécurité des services dispensés.

L'évaluation du rendement des employés en est à ses débuts. La nouvelle pratique d'évaluation du rendement est appréciée tant pour les gestionnaires que pour les employés qui ont été évalués.

Les priorités de formation sont identifiées par les gestionnaires après consultation des employés. Les formations offertes répondent aux besoins de développement.

La pénurie de main-d'œuvre pour plusieurs titres d'emploi crée une pression sur les intervenants et a un impact majeur sur la liste d'attente et sur la continuité des services.

Le partage des bons coups lors des rencontres d'équipe est un moyen de reconnaissance apprécié par les employés.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

La philosophie d'intervention est axée sur la capacité de l'utilisateur à participer à ses soins et au maintien de son autonomie. L'outil d'évaluation multi clientèle est utilisée pour évaluer l'autonomie des usagers pour ses activités de vie domestique et ses activités quotidiennes.

L'équipe est dynamique et engagée. Elle tient à offrir des services de qualité. La présence d'un travail de collaboration professionnelle est à niveau variable. À cet égard, l'équipe de direction est à revoir le plan d'organisation afin d'offrir du soutien clinique et soutenir le travail en interdisciplinarité pour les employés des milieux ruraux.

Le personnel s'assure d'organiser l'environnement du domicile de façon sécuritaire afin de maintenir l'utilisateur à son domicile le plus longtemps possible. La gestion des risques à domicile est une préoccupation de tous les intervenants. Des outils normalisés sont en place et les formulaires sont présents au dossier de l'utilisateur notamment pour la prévention et le suivi post chute et l'évaluation de la sécurité du domicile. Quoiqu'il existe des outils pour les soins de la peau et le traitement des plaies, l'équipe est encouragée à poursuivre ses travaux d'élaboration du programme pour l'ensemble de ses services.

Les usagers et les proches rencontrés lors des visites à domicile témoignent d'un haut niveau de satisfaction au regard des services reçus. La disponibilité des intervenants, la promptitude à répondre à leurs demandes, ainsi que la qualité de la relation professionnelle ont été soulignées.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe connaît les spécificités de la clientèle du territoire qu'elle dessert et ajuste son offre de services en conséquence. L'harmonisation des horaires et des routes de travail des employés sont des mesures mises en place afin d'améliorer la continuité et l'accès aux services et de réduire la liste d'attente. L'actualisation de cette pratique mérite d'être mise en œuvre dans tout le territoire.

L'équipe travaille en partenariat avec plusieurs organismes de son réseau local. Des ententes contractuelles sont formalisées et viennent renforcer l'offre de services. L'organisme contacté mentionne

sa satisfaction quant à la facilité à joindre l'équipe lorsqu'une problématique survient cependant, les rencontres et les échanges ont été peu fréquents depuis les deux dernières années. Ces liens auraient avantage à être maintenus malgré cette période de grand changement.

Des informations cliniques complètes sont consignées au dossier. Les dossiers sont entreposés dans un endroit sécurisé, hors de portée de la clientèle.


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

Un plan régional d'amélioration de la qualité est élaboré. Des objectifs sont identifiés de même que les résultats souhaités. Les échéanciers sont fixés. L'équipe aurait avantage à solliciter l'apport des usagers et des familles pour en évaluer l'utilité, la faisabilité et la pertinence.


La direction s'est dotée d'indicateurs et en fait un suivi rigoureux. L'achèvement de l'outil d'évaluation multi clientèle, le nombre d'usagers en liste d'attente, et le nombre de visites faites par les intervenants en sont des exemples. Les employés connaissent les cibles à atteindre. D'autres stratégies mériteraient d'être explorées et utilisées régulièrement pour s'assurer la pérennité des pratiques cliniques par exemple des audits, de l'observation terrain, le contenu des informations au dossier, etc.

Les gestionnaires et les employés travaillent en mode solution. Le questionnement sur les façons de mieux faire les choses est présent dans le discours et se reflète par les objectifs prévus au plan d'amélioration de la qualité. À titre d'exemple, le temps de présence des usagers à l'hôpital de jour a été modifié afin d'augmenter l'intensité du traitement et atteindre les buts thérapeutiques.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les résidents et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.5 Des partenariats sont formés et maintenus avec d'autres services, programmes, prestataires et organismes pour répondre aux besoins des résidents et de la communauté.	
2.4 L'environnement physique est conçu avec l'apport des résidents et des familles; il est sécuritaire, confortable et offre une ambiance chaleureuse.	
2.5 La sécurité physique des résidents est protégée.	
2.6 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des résidents et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
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 résidents et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
<p>3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>3.8.1 Des instructions et des guides de l'utilisateur sont facilement accessibles en tout temps pour chaque type de pompes à perfusion.</p>	  <b>PRINCIPAL</b>

3.8.2	<p>Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services;</li> <li>• qui reviennent d'un congé prolongé;</li> <li>• quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées;</li> <li>• quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis.</li> </ul> <p>Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.</p>	<b>PRINCIPAL</b>
3.8.4	<p>Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p>	<b>PRINCIPAL</b>
3.8.5	<p>L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion.</li> <li>• Examiner les données tirées des pompes intelligentes.</li> <li>• Examiner les évaluations des compétences.</li> <li>• Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe.</li> </ul>	<b>SECONDAIRE</b>
3.8.6	<p>Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.</p>	<b>SECONDAIRE</b>
3.15	<p>Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.</p>	!
4.1	<p>Une approche collaborative est utilisée pour offrir les services.</p>	!
5.6	<p>De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des résidents et des membres de l'équipe.</p>	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		

6.2	Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
7.19	La pertinence de l'utilisation d'antipsychotiques est évaluée et l'information est utilisée pour apporter des améliorations.	!
8.8	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	 <b>PRINCIPAL</b>
8.8.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8.3	Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8.4	Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8.5	La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
9.1	Le plan de soins individualisé du résident est suivi lorsque les services sont fournis.	
9.3	Tous les services que le résident a reçus, y compris les modifications apportées au plan de soins, sont consignés dans le dossier du résident.	
9.10	L'accès des résidents aux services dentaires est facilité par l'équipe.	
9.12	Des examens interdisciplinaires normalisés et réguliers des médicaments du résident sont faits et des ajustements sont apportés, au besoin.	!
11.1	Des politiques et procédures pour les ADBD sont élaborées avec l'apport des résidents et des familles.	
11.2	La responsabilité de surveiller l'exécution des services d'ADBD et de maintenir la qualité est assignée à un professionnel de la santé.	
11.3	Une orientation et de la formation sur les politiques et procédures relatives aux ADBD sont fournies à tous les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
7.12	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
13.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des résidents et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!

14.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des résidents et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
15.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des résidents et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des résidents et des familles.	!
15.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des résidents et des familles.	!
16.5	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des résidents et des familles.	!
17.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>		

Le mécanisme d'accès à l'hébergement régional est bien structuré et a permis une plus grande fluidité et une diminution des temps d'attente pour un lit en centre d'hébergement. Un excellent travail de préparation à la période de transition a permis aux résidents et à ses proches de mieux se préparer et d'accepter ce changement de milieu de vie.

Au niveau de la direction, la présence d'une équipe de coordination en milieu de vie cohérente et collaborative a permis une standardisation des pratiques et des procédures sur le territoire. La culture de milieu de vie est bien véhiculée par les coordonnateurs et elle permet un alignement clair pour les employés. Les cadres intermédiaires des différentes installations sont impliqués et présents pour leurs équipes de soins. On retrouve plusieurs initiatives cliniques émanant de ces leaders par exemple l'aménagement des salles d'eau au centre de la Vallée-de-la-Lièvre ou le cartable d'aide à la décision et l'intervention dans les troubles de comportements implantés au CHSLD la Petite-Nation et dans tous les autres CHSLD de l'Outaouais. Les cadres soutiennent les équipes cliniques, connaissent la clientèle et accordent une grande importance à la qualité des soins et la réponse aux besoins des résidents.

Il y a des disparités importantes au niveau du soutien clinique entre les centres ruraux et urbains, par exemple pour la formation sur les pompes à perfusion et l'élaboration de capsules de mise à jour des meilleures pratiques. La présence de moniteurs cliniques dans certaines installations représente un agent de diffusion, d'intégration et de contrôle des normes de pratique favorisant une aisance plus grande des intervenants dans leurs pratiques quotidiennes.

La disparité géographique est également retrouvée au niveau des ressources. La direction est encouragée à poursuivre le plan d'action de dotation de poste, de remplacement, de fonctionnement pour l'élaboration des horaires de travail pour limiter les surcroûts de travail et les secteurs vacants d'infirmière et ainsi maintenir une qualité et une sécurité des soins et services. L'apport des résidents et des proches pourrait bonifier le plan d'action prévu.

### Processus prioritaire : Compétences

Soucieux d'offrir des soins et services de qualité, l'organisme a mis en place un programme d'orientation spécifique et adapté aux besoins de la clientèle de longue durée. L'application systématique de ce programme pour tous les nouveaux employés de toutes les installations est à poursuivre.

Les rôles et responsabilités des intervenants sont bien définis. La description des fonctions est à jour.

Plusieurs employés ont reçu de la formation sur la maltraitance et sur les comportements psychologiques de la démence. Dans cette optique, le gestionnaire du centre de la Petite-Nation a développé un cartable récapitulatif pour les employés incluant un arbre décisionnel, des guides de comportement dans la gestion de l'agitation et des ressources accessibles aux intervenants pour les aider dans l'approche sans confrontations avec ces résidents. Cette initiative est un guide de pratique qui est déployé à travers les installations. De plus, l'organisation est à déployer actuellement un plan de rehaussement des compétences sur l'approche relationnelle de soins et sur l'évaluation du risque de suicide. Toutes ces formations ne peuvent qu'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services. L'organisation est encouragée à déployer ce plan de formation pour tous les intervenants de toutes les installations et poursuivre l'encouragement au perfectionnement professionnel.

L'accès à l'information liée aux meilleures pratiques pour la prise de décision clinique est une préoccupation soulevée par les intervenants de soins et les professionnels particulièrement dans la région rurale. L'absence de formation sur les pompes à perfusion témoigne de la limite des ressources en support clinique dans ces sites ruraux. L'équipe est invitée à se doter de stratégies pour soutenir les pratiques et le soutien à l'expertise clinique.

L'outil pour l'appréciation de rendement du personnel a été revu au niveau de la direction. Une seule installation a maintenu l'évaluation de rendement du personnel depuis la restructuration du CISSS. L'organisation est encouragée à reprendre cette pratique à travers son territoire.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Au moment de l'admission, les coordonnateurs en milieu de vie ont mis en place un processus d'accueil formalisé et uniformisé à travers les installations de longue durée du territoire pour l'intégration du résident dans son nouveau milieu de vie. Une pochette d'accueil a été élaborée et est implantée. Les informations fournies à l'admission sont complètes et utiles pour le résident et ses proches. La



transmission de l'information aux proches est également une pratique généralisée dans toutes les installations. L'élaboration du guide du visiteur en CHSLD est une initiative implantée dans tous les établissements et favorise grandement la compréhension et l'intégration des visiteurs dans le contexte de milieu de vie.

L'organisme est soucieux de favoriser un milieu de vie adapté aux besoins de la clientèle qui tend à maximiser l'autonomisation et les particularités de chaque résident. Des efforts sont déployés pour favoriser un environnement stimulant et adapté à la prévention des risques chez cette clientèle. L'aménagement de salles de stimulation de type snoezelen dans plusieurs établissements sont des initiatives qui mériteraient être déployées dans tous les sites. Les efforts doivent être maintenus pour assurer un environnement sécuritaire qui rejoint la notion de milieu de vie dans toutes les installations de longue durée du territoire. Nous encourageons la direction à poursuivre l'utilisation de modes compensatoires telles les barrières psychologiques plutôt que les mesures contraignantes comme les demi-portes dans tous les secteurs d'activités du territoire.

Depuis la fusion, l'équipe de soins de longue durée a mis beaucoup d'effort pour uniformiser les politiques et procédures à travers toutes les installations. Elles sont maintenant conceptualisées pour tous les éléments cliniques prioritaires. Ces efforts doivent être maintenus pour assurer l'implantation et l'appropriation de ces procédures dans toutes les installations de longue durée.

Les intervenants utilisent des outils pour l'évaluation des risques de plaies de pression et de chutes. L'organisation est encouragée à poursuivre l'intégration des outils normalisés dans toutes les installations du territoire et assurer la pratique clinique d'évaluation du risque de dépression et de suicide.

Un plan d'intervention interdisciplinaire est élaboré pour chaque résident avec une participation active des proches. Certaines pistes d'amélioration au niveau du plan d'intervention interdisciplinaire mériteraient d'être explorées pour permettre et démontrer une prise en charge interdisciplinaire des objectifs du résident et de ses proches. Un plan optimisé pourrait devenir un outil de suivi efficace des changements de l'état du résident dans son fonctionnement quotidien par tous les membres de l'équipe impliqués auprès du résident. La fréquence du besoin de révisions du plan d'intervention pourrait être revue pour assurer une meilleure cohésion dans la réponse aux besoins des résidents.

Des équipes dynamiques et engagées veulent offrir des services de qualité. Le dévouement et la générosité des intervenants dans tous les secteurs visités assurent une sécurité de la clientèle et permettent un maintien des standards de pratique dans des contextes de pénurie de personnel. L'organisation est à mettre à place un plan d'action pour le recrutement. Les résidents et les proches rencontrés ont tous souligné la gentillesse du personnel ainsi que la qualité et le respect des relations professionnelles. Les employés rencontrés ont tous mentionné leur fierté à travailler dans leurs installations.

Une installation a le privilège d'avoir un psychogériatre consultant auprès des résidents. L'équipe reconnaît la valeur ajoutée de l'expertise de ce spécialiste en soutien à l'équipe interdisciplinaire. Les autres installations de longue durée pourraient également bénéficier de ce spécialiste pour soutenir

l'équipe. L'organisation est encouragée à développer des liens pour sonder une uniformisation de ce service dans les autres installations.

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

Les dossiers des résidents sont rangés de façon sécuritaire au poste de soins infirmiers. Le local est verrouillé et non accessible aux résidents et visiteurs. Le dossier de l'utilisateur contient l'ensemble des informations récentes sur la santé physique et sur la situation psychosociale du résident ainsi que des notes quotidiennes.

La durée de séjour des résidents dans leur milieu de vie étant parfois prolongée dans le temps, il est souvent coutume d'épurer le dossier pour en faciliter la manipulation et la consignation quotidienne. Pour des mesures d'identification rapide de ces dossiers qui ne contiennent pas l'ensemble du suivi à travers l'épisode d'hébergement, l'organisation est encouragée à adopter une procédure claire et standardisée qui précise les éléments qui peuvent être retirés et le site d'entreposage temporaire des formulaires. La procédure devrait définir une identification rapide du dossier épuré au poste des infirmiers. Cette façon de faire permettrait une identification rapide du dossier qui ne contient pas toutes les informations en lien avec le séjour du résident en centre de longue durée. Cette démarche devrait se faire avec l'apport des résidents et des proches.

Pour chaque résident, un plan thérapeutique des soins infirmiers est élaboré en collaboration avec le résident et les proches. Un processus standardisé de mise à jour de ces plans à travers les installations devrait être revu pour démontrer mensuellement la mise à jour des plans, et ce même s'il demeure identique pour la période à venir.

Un comité de pairs pour l'évaluation de la pratique de la tenue de dossier pourrait être mis en place pour revoir le contenu essentiel du dossier et assurer une uniformité particulièrement dans le processus actuel de standardisation des outils à travers les différentes installations.

L'approche interdisciplinaire est encouragée dans les pratiques cliniques. L'outil de plan d'intervention interdisciplinaire pourrait être revu pour démontrer l'apport interdisciplinaire dans la révision des objectifs et des moyens mis en place pour répondre aux besoins des résidents.

Dans une ère de technologie, l'organisation devrait également élaborer une politique sur l'utilisation des communications électroniques, par exemple l'usage de téléphone cellulaire personnel ou des courriels, particulièrement pour les échanges d'informations avec les proches.

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

On retrouve une gestion saine et proactive des activités à risque à travers les installations. Les tournées visuelles sont un bel exemple d'une collaboration entre les secteurs dans la prévention des risques. La collaboration avec le service des installations matérielles permet une identification rapide des hasards potentiels dans les différents centres d'hébergement. Ce repérage précoce des risques est à poursuivre

pour assurer un environnement physique sécuritaire pour les résidents et pour le personnel. L'apport d'un résident ou d'un proche pourrait être considéré pour apporter une vision complémentaire dans la gestion de qualité de l'environnement.

La coordination des milieux de vie utilise plusieurs sources de référence pour la collecte d'indicateurs de mesures et pour le développement de projets de qualité. Des audits, des évaluations de la satisfaction de la clientèle, les rencontres de familles, les comités des résidents sont des points d'émergence au développement de la qualité. Une mention spéciale pour le développement du programme de formation sur les comportements psychologiques de la démence qui émane d'une analyse prospective sur les risques d'altercations.


Les résidents et les proches ont un impact grandissant sur les résultats et la place qu'on leur dédie doit continuer à grandir. Les différentes installations sont encouragées à poursuivre l'amorce faite au niveau de la consultation et l'implication du patient partenaire ou d'un proche dans les décisions en lien avec par exemple, l'environnement, l'organisation du travail, le choix des meilleures pratiques ou la révision des procédures.

La culture de déclaration et de divulgation des évènements sentinelles, accidents et mauvais traitements est très bien ancrée dans toutes les installations de longue durée du territoire.

La coordination des milieux de vie a fait un travail colossal pour revoir et standardiser les procédures et les protocoles vers un objectif de déduction des variations non nécessaires dans la prestation des services. Plusieurs outils normalisés d'évaluation et de suivi ont été mis en place pour assurer la qualité et les standards de pratique, par exemple les évaluations du risque de plaies et de chutes ou la grille de suivi des bains. Les différentes installations doivent poursuivre leurs efforts pour assurer une implantation complète et uniforme dans leurs milieux.

## 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>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 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.	
2.7 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.	!
3.2 Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour.	!
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.	
3.6	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
3.9	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.10	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.	
3.11	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
4.3	Il existe des profils de poste qui définissent les rôles, les responsabilités et les champs de compétence pour tous les postes.	
5.3	Les membres de l'équipe sont reconnus pour leurs contributions.	
5.9	L'équipe reçoit de la formation sur les modes de vie sains et l'abandon du tabagisme.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
1.8	Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
7.11	Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
7.16	Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
9.10	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

<p>9.10.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</li> </ul>	<b>SECONDAIRE</b>
<p>10.8 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
<p>11.6 Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.</p>	!
<p>11.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.</p>	!
<p>12.1 De la formation et du perfectionnement sur les lois sont offerts pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les usagers.</p>	
<p>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.</p>	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	!

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.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.3	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.4	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.5	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.8	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.1	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
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.	

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

La présence de bénévoles dans le secteur de la dépendance est à souligner ainsi que le support qui est offert à ceux-ci. Les groupes de soutien animés par les bénévoles reflètent le souci d'offrir une gamme de services variée et adaptée à la clientèle. Le programme est encouragé à travailler avec les bénévoles afin qu'ils puissent jouer un rôle à l'égard de certains projets en dépendance et ainsi actualiser l'apport des usagers et des familles.

Depuis la création du nouvel établissement, plusieurs changements ont eu lieu et certains intervenants ont davantage le sentiment d'isolement malgré la volonté très affirmée de la direction de faire une intégration respectueuse. Nous recommandons à la direction d'évaluer la stratégie de gestion du changement vécu par les équipes dépendance dans le cadre de la nouvelle direction compte tenu du petit nombre de ressources, de la réalité rurale, et de la répartition des ressources auprès de plusieurs gestionnaires.

**Processus prioritaire : Compétences**

L'équipe est encouragée à définir les rôles, responsabilités et tâches des intervenants spécialisés en dépendance notamment dans un contexte du milieu rural et dans le cadre de l'intégration de la santé mentale dans une même équipe.

Les intervenants partagent des préoccupations concernant la reconnaissance de leur contribution au programme de dépendance. La détermination des attentes face à des fonctions avec multiples responsabilités de la prévention, à la réadaptation, demande du support clinique qui est à mettre en place de façon plus formelle.

Des membres du personnel considèrent avoir fait des gains depuis la création du CISSS tels que le transfert de connaissances, la prise en charge de clientèle, et un meilleur filet de sécurité identifié par les intervenants en désintoxication majoritairement. Par contre, certains intervenants craignent la perte de l'expertise en dépendance.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les plans d'interventions sont faits en partenariat avec les clients et les familles.

L'équipe est encouragée à évaluer un nouvel outil d'évaluation connu dans le réseau de la dépendance et qui permet des gains pour les personnes avec des profils de troubles concomitants.

Des efforts sont à souligner pour assurer les informations cliniques aux points de transition, mais le défi demeure présent pour le client.



Il est important de souligner l'adhésion à la nouvelle programmation de réadaptation externe et la qualité de celle-ci. L'établissement est invité à établir un plan de suivi de la programmation autant quantitatif que qualitatif en y impliquant des usagers, des familles, et des bénévoles.

L'analyse des impacts concernant le PRES est aussi à évaluer notamment les retards de prise en charge et les mesures de soutien de groupe.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme a nouvellement mis en place le rôle de spécialiste en activités cliniques qui guide les intervenants vers les bonnes pratiques en dépendance. Le soutien clinique devrait aussi être disponible aux intervenants du milieu rural qui sont isolés et effectuent plusieurs niveaux de service.

Il serait intéressant de bien définir l'ensemble des services rendus et attendus dans le continuum de la dépendance sur le territoire afin de redonner un cadre structuré aux intervenants et intégrer le travail fait conjointement avec les équipes de santé mentale notamment dans le cadre des troubles concomitants.

La variété des rôles et tâches attendus par les intervenants en milieu rural demeure à harmoniser.

L'évaluation de l'ensemble de la trajectoire de la dépendance est suggérée afin d'évaluer les requis de services pour accueillir la demande de services, l'évaluation, la désintoxication selon les critères de l'American Society of Addiction Medicine (l'ASAM), la réadaptation avec et sans hébergement, et la réinsertion sociale. Il est souhaitable de connaître les taux de pénétration de la clientèle et les requis selon la population.

Il y a une qualité dans les collaborations avec les médecins pour la désintoxication ainsi que la connaissance des intervenants des besoins de la clientèle. Certains éléments de la trajectoire sont en questionnement par des intervenants, dont le dégrisement qui pourrait être effectué avec un partenaire communautaire afin de répondre aux besoins de certains types de sevrage.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le Système d'information clientèle pour les services de réadaptation dépendances (SIC SRD) permet un suivi des charges de travail et les résultats sont transmis aux intervenants. L'organisme est encouragé à développer un suivi en lien avec les taux d'absences de la clientèle et le potentiel d'accès ou d'investissement sur des projets que la révision pourrait générer.

Le PRES mis en place dans les derniers mois démontre la volonté de faire un suivi étroit et formalisé des demandes de services. L'établissement est encouragé à réviser son PRES avec l'apport des clients et des familles. Il est aussi à souligner l'importance majeure d'une prise en charge rapide de la clientèle en dépendance et cela au-delà de l'accueil de la demande et l'orientation. L'équipe devrait revoir les données d'absence aux rendez-vous qui semblent être très liés au PRES ainsi que le peu de fréquentations aux groupes mis en place comme mesure de soutien.

Le programme de réadaptation en externe est un ajout de qualité pour la dépendance et la formalisation de la programmation permet l'ajout d'indicateurs de qualité et de suivi dont l'implantation est à poursuivre.

---

## Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme conjoint d'agrément, les organismes clients ont fait remplir des outils d'évaluation. Les sondages (ou outils) sont des questionnaires qui portent sur des secteurs comme la gouvernance, la culture de sécurité des patients ainsi que la qualité de vie au travail. Les outils du Conseil québécois d'agrément comprennent le Sondage sur la mobilisation du personnel et le Sondage sur la satisfaction de l'expérience client. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des clients, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

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

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

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

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

- **Période de collecte de données : 1 juillet 2016 au 7 octobre 2016**
- **Nombre de réponses : 13**

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

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	0	100	2
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	2
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	100	0	0	65
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	0	0	100	7

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	8	92	2
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	1
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	1
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	2
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	46	15	38	60
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	8	92	2
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	8	92	1
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	0	100	3
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	1
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	1
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	1
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	17	17	67	8
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	8	31	62	15

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	8	8	85	8
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	31	23	46	14
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	8	23	69	6
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	38	0	62	40
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	23	23	54	6
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	67	0	33	4
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	8	0	92	11
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	8	15	77	2
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	27	73	5
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	73	18	9	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	0	20	80	3
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	8	92	1

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	4
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	9	9	82	5
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	29	14	57	6

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

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	31	46	23	5
34. La qualité des soins	31	54	15	4

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

## Annexe A - 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.