



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport d'agrément

Programme Qmentum Québec^{MC}
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Date de production du rapport: 29 septembre 2023

Dernière modification : 20 octobre 2023

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'organisation mentionnée dans ce rapport d'agrément; les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'organisation et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'organisation peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriée soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni « tel quel » sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en *common law*, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

© 2023, Agrément Canada et ses concédants de licence. Tous droits réservés.

Au sujet d’Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d’outils et de programmes d’évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d’élargir notre influence et notre champ d’application. En collaboration avec notre société affiliée, l’Organisation de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l’échelle de l’écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d’amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d’évaluation et nos solutions d’amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12 000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d’élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d’atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d’évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l’ensemble de l’écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d’agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l’International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l’Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

Au sujet du rapport

L’établissement mentionné dans le présent rapport d’agrément participe au programme d’agrément Qmentum Québec^{MC} d’Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l’établissement a participé à des activités d’amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont des visites d’agrément entre 2018 et 2023.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d’évaluations par des pairs, de sondages, ainsi que d’autres données obtenues auprès de l’établissement. Agrément Canada se fie à l’exactitude et à la précision des renseignements fournis par l’établissement pour planifier et mener les visites d’agrément et produire ce rapport. Il incombe à l’établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d’agrément.

Ce rapport présente un résumé des résultats obtenus par chaque programme-services, ainsi qu’au niveau organisationnel. Le contenu du rapport comprend un sommaire, la décision d’accréditation de l’établissement, les dates d’évaluation et les installations visitées lors des évaluations sur place, les résultats des pratiques organisationnelles et de chaque programme-services et pour conclure, un aperçu de l’amélioration de la qualité, ainsi que les faits saillants.

Les évaluations ayant eu lieu sur une période de cinq ans et les visites sur place se faisant de manière séquentielle par programme-services, il est important de considérer que les résultats proviennent de différents moments fixes dans le temps à travers le cycle d’agrément et qu’il est possible, même souhaitable, que le portrait évolue dans le temps. Ce sont donc les résultats au moment de l’évaluation et non au moment de la rédaction de ce rapport.

Sommaire

L'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services destinés à une population de près de 200 000 citoyens répartis dans huit municipalités régionales de comté (MRC) : Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, Les Basques, Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matapédia et La Matanie. Son territoire de 22 183 km² comprend 114 municipalités ainsi que 14 territoires non organisés (TNO) et 2 réserves autochtones.

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent se veut une organisation partenaire de sa communauté, valorisant une approche humaniste et responsable, fondée sur l'expertise et l'engagement de chacun. Il contribue à l'enseignement médical, ainsi qu'à la recherche, et ce principalement dans le domaine des services sociaux.

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent compte près de 12 000 employés auxquels s'ajoutent plus de 500 médecins, dentistes et pharmaciens. L'établissement compte 42 installations propriétaires et 78 installations non-propriétaires dans lesquelles sont localisées certains centres locaux de services communautaires (CLSC), centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et centres de réadaptation (CR).

Sommaire des constatations des équipes de visiteurs

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent est un établissement solidement ancré dans sa communauté. Son conseil d'administration, sa direction, ses employés, ses médecins et ses bénévoles sont engagés dans la poursuite de la qualité des soins et des services. En ce qui concerne la planification des soins, l'établissement présente des processus structurés et efficaces. Afin d'assurer la pérennité de ses actions, l'établissement est invité à diffuser plus largement ses orientations, ses stratégies et ses résultats auprès des partenaires et employés de premier niveau. Le CISSS présente un programme d'amélioration continue de la qualité et un programme de sécurité des usagers bien structurés. Toutefois, ces derniers ne sont pas adoptés par l'organisation. De plus, aucune résolution formelle ne vient officialiser la qualité et la sécurité des services comme étant des priorités stratégiques de l'organisation. Cependant, l'établissement présente de nombreux projets d'amélioration continue et les résultats obtenus sont bien connus. Ils mériteraient d'être diffusés plus largement auprès des parties prenantes. En ce qui concerne la prise de décisions fondées sur des principes éthiques, le CISSS ne dispose d'aucun cadre conceptuel en éthique adopté et entériné. Toutefois, il peut compter sur un comité d'éthique clinique et un comité d'éthique de la recherche structurée et fonctionnelle. Le CISSS est invité à entreprendre une réflexion sur la manière d'utiliser cet outil dans son processus de prise de décisions, tant stratégique que tactique.

D'autre part, les partenaires rencontrés considèrent généralement que la relation avec le CISSS est excellente. Les relations sont collégiales et positives. Cependant, certains ont mentionné que depuis la création de l'établissement, les mécanismes de communication sont complexes et fragmentés.

Sommaire des résultats: taux de conformité global de l'établissement

	Taux (%) de conformité	Taux (%) de conformité pour les critères à priorité élevée	Taux (%) de conformité pour les POR
Établissement	93,7%	94,1%	73,2%
Réseau	94,4%	94,6%	81,0%

Éléments principaux d'excellence et possibilités d'amélioration

Les équipes de visite d'Agrément Canada ont identifié les éléments suivants comme étant les principales forces, ainsi que les principales opportunités d'amélioration pour cet établissement :

Secteurs d'excellence :

- Processus de planification et de contrôle budgétaire structurés.
- Intégration efficace de la gestion de la performance dans certaines directions.
- Cogestion médicale efficace.
- Proximité des services aux usagers sur un vaste territoire.
- Équipe qualité dynamique et accessible

Opportunités d'amélioration :

- Officialiser la qualité et la sécurité en tant que priorités stratégiques de l'organisation.
- Élaborer un cadre conceptuel en matière d'éthique.
- Améliorer les mécanismes de communication à l'interne et à l'externe.
- Diffuser plus largement le plan des mesures d'urgence.
- Implanter l'approche usager-partenaire à travers toute l'organisation.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR)

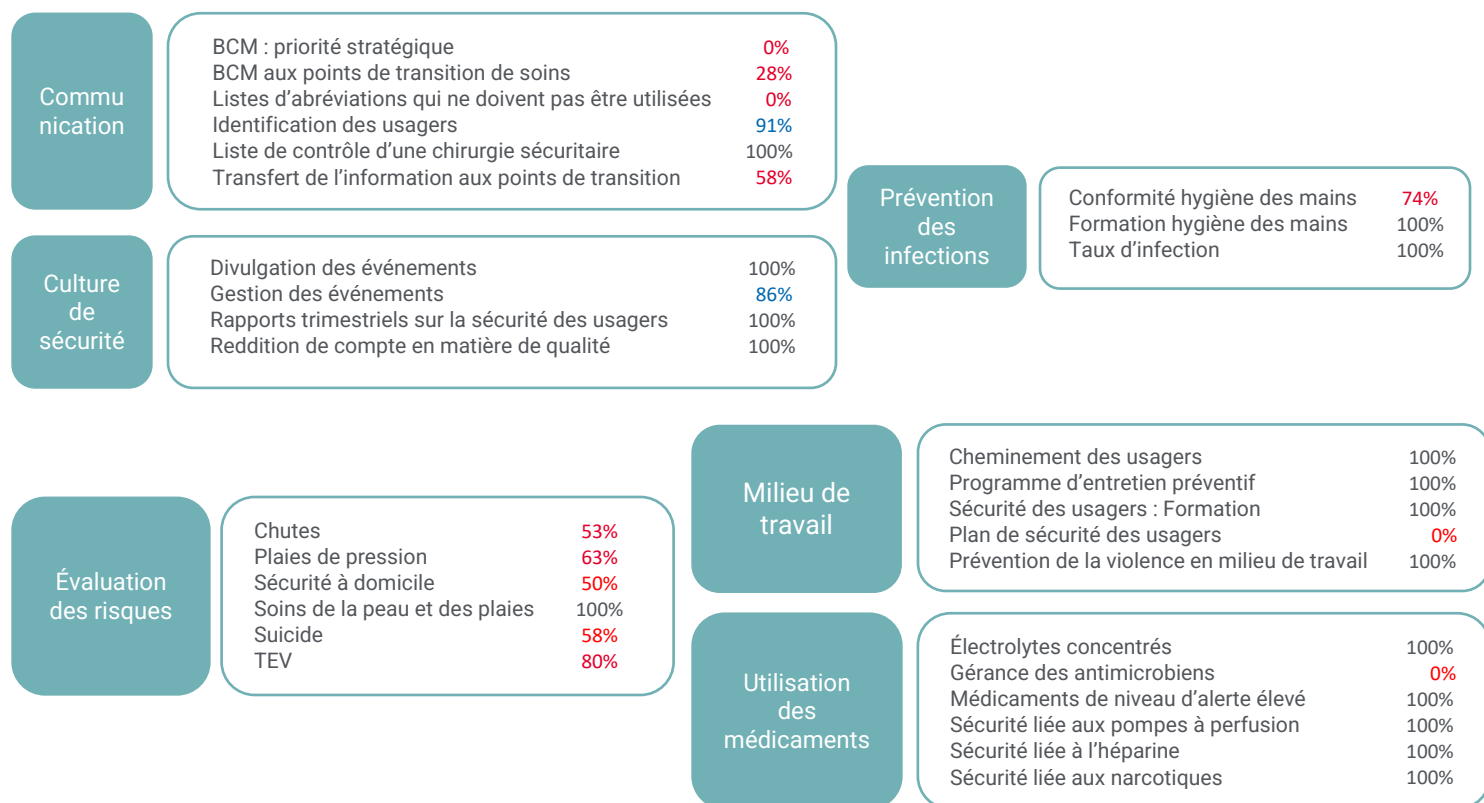


Table des matières

Au sujet d'Agrément Canada	iii
Au sujet du rapport	iii
Sommaire	iv
Aperçu du programme	1
Décision d'agrément.....	2
Exigences du programme d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	4
Sondages.....	8
Résultats d'évaluation par programme-services.....	12
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales	12
Jeunesse	14
Santé mentale et dépendances	16
Santé physique.....	17
Services généraux.....	19
Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)	20
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).....	22
Amélioration continue de la qualité.....	24
Évaluation des pratiques sécuritaires	24
Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen	25
Conclusion.....	26
Annexes.....	27
Directives relatives à l'attribution de l'agrément	27
Classification des critères.....	28
Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023).....	30
Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués	31
Détails techniques du rapport.....	36

Aperçu du programme

En 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à Agrément Canada le mandat de développer un programme d'agrément ayant pour but de répondre aux besoins du système de santé québécois et d'assurer l'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le programme d'agrément proposé par Agrément Canada couvre une période de dix ans (2018-2028). Sa mise en œuvre est organisée en deux cycles de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028), subdivisés en cinq séquences consécutives. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services ou de normes organisationnelles et transversales. La démarche d'agrément adoptée est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'organisation et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et pouvant impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation :

- L'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes;
- L'évaluation sur place menée dans le cadre de visites d'agrément avec un point de focalisation par programme-services; et
- L'administration de cinq sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit :
 - Le fonctionnement de la gouvernance;
 - L'expérience de l'utilisateur; et
 - Les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément effectuées dans les établissements sont menées selon une approche par traceur et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. Cette approche fait recours à l'observation directe, à la consultation de documents et aux échanges avec les diverses parties prenantes permettant d'évaluer les processus administratifs et de soins et services. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Il importe de souligner que certaines visites et certains sondages ont été réalisés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les systèmes de santé ont été largement mis à l'épreuve durant la pandémie et le sont toujours au moment de rédiger ce rapport. Il s'avère donc important de prendre en compte ces circonstances au moment d'interpréter les résultats et de réfléchir aux mesures d'amélioration les plus appropriées. Cela dit, les principes fondamentaux au sujet de la qualité et de la sécurité demeurent. C'est donc l'ensemble de cette information qui devrait être prise en considération au moment d'élaborer des plans d'action visant à améliorer les pratiques et de statuer sur les orientations stratégiques prioritaires pour chaque établissement.

Décision d'agrément

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent

Le statut d'agrément est :

Agréé

L'établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

Exigences du programme d'agrément

La décision d'octroyer ou de refuser l'agrément à l'établissement est rendue à la fin du cycle. Cette décision dépend du degré de conformité de l'établissement aux éléments qui composent les exigences du programme Qmentum Québec^{MC}. Les directives relatives à l'attribution de l'agrément se trouvent en annexe.

Les prochaines sections de ce rapport final fournissent à l'établissement des données quantitatives sur le niveau démontré de conformité aux critères des manuels d'évaluation d'Agrément Canada, ainsi que des renseignements qualitatifs fournis par les visiteurs. L'information contenue dans ce rapport fournit une rétroaction utile et pragmatique à l'établissement sur ce qu'il fait bien et les domaines à améliorer, afin de contribuer à son parcours d'amélioration continue de la qualité.









Les composantes fondamentales du programme Qmentum Québec^{MC} comprennent :

- L'évaluation de la qualité des soins et services selon huit dimensions;
- La mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises (POR);
- L'emploi des cinq sondages requis comme outils d'amélioration;
- La conformité globale aux critères des manuels d'évaluation de chaque programme-service.

Analyse selon les dimensions de la qualité

L'amélioration continue de la qualité étant l'un des principes directeurs du programme, il s'avère essentiel de définir et mesurer la qualité des soins et services.

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 total de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension	% Conforme	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population <i>Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre</i>	97,0%	97	3	0	100
 Accessibilité <i>Offrez-moi des services équitables, en temps opportun</i>	99,4%	308	2	3	311
 Continuité <i>Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins</i>	97,4%	189	5	1	195
 Efficience <i>Utilisez les ressources le plus adéquatement possible</i>	92,6%	63	5	7	75
 Milieu de travail <i>Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi</i>	91,3%	116	11	3	130
 Pertinence <i>Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats</i>	94,5%	1173	68	75	1316
 Sécurité <i>Assurez ma sécurité</i>	89,1%	1176	144	132	1452
 Services centrés sur l'utilisateur <i>Collaborez avec moi et ma famille à nos soins</i>	95,9%	1167	50	87	1304
Total	93,7%	4287	288	308	4883

Pratiques Organisationnelles Requises (POR)

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

Sommaire des POR de l'établissement

Total

205/280

POR Conforme

73%

% POR Conforme

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
Communication	Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins	52%	49 / 95	7 / 24
	Identification des usagers	91%	29 / 32	29 / 32
	Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	60%	6 / 10	0 / 2
	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	86%	6 / 7	0 / 1
	Liste de contrôle d'une chirurgie	100%	10 / 10	2 / 2
	Transfert de l'information aux points de transition des soins	82%	135 / 165	19 / 33
Culture de sécurité	Divulgence des événements	100%	6 / 6	1 / 1
	Mécanisme de déclaration des événements indésirables	88%	43 / 49	6 / 7
	Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers	100%	3 / 3	1 / 1
	Reddition de comptes en matière de qualité	100%	6 / 6	1 / 1
Évaluation des risques	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	63%	19 / 30	3 / 6
	Prévention des plaies de pression	78%	31 / 40	5 / 8

But en matière de sécurité des usagers	Pratique organisationnelle requise	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# de chapitre où la POR est Conforme
	Prévention du suicide	85%	110 / 130	15 / 26
	Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	96%	24 / 25	4 / 5
	Soins efficaces des plaies	100%	24 / 24	3 / 3
	Stratégie de prévention des chutes	65%	37 / 57	9 / 17
Milieu de travail	Plan de sécurité des usagers	75%	3 / 4	0 / 1
	Prévenir la congestion au service des urgences	100%	224 / 224	28 / 28
	Prévention de la violence en milieu de travail	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme d'entretien préventif	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité des patients : formation et perfectionnement	100%	1 / 1	1 / 1
Prévention des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	83%	85 / 103	25 / 34
	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	100%	33 / 33	33 / 33
	Taux d'infection	100%	3 / 3	1 / 1
Utilisation des médicaments	Électrolytes concentrés	100%	3 / 3	1 / 1
	Formation sur les pompes à perfusion	100%	30 / 30	5 / 5
	Médicaments de niveau d'alerte élevé	100%	8 / 8	1 / 1
	Programme de gérance des antimicrobiens	0%	0 / 5	0 / 1
	Sécurité liée à l'héparine	100%	4 / 4	1 / 1
	Sécurité liée aux narcotiques	100%	3 / 3	1 / 1

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	DP, DI et TSA	83%	10 / 12	2 / 4
	Jeunesse	59%	13 / 22	3 / 7
	PCI	100%	3 / 3	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	12 / 12	4 / 4
	Santé physique	97%	29 / 30	9 / 10
	SAPA	100%	12 / 12	4 / 4
	Services généraux	50%	6 / 12	2 / 4
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	DP, DI et TSA	100%	4 / 4	4 / 4
	Jeunesse	100%	6 / 6	6 / 6
	PCI	100%	1 / 1	1 / 1
	Santé mentale et dépendances	100%	4 / 4	4 / 4
	Santé physique	100%	10 / 10	10 / 10
	SAPA	100%	4 / 4	4 / 4
	Services généraux	100%	4 / 4	4 / 4
Identification des usagers	DP, DI et TSA	100%	3 / 3	3 / 3
	Jeunesse	100%	7 / 7	7 / 7
	Santé mentale et dépendances	100%	4 / 4	4 / 4
	Santé physique	80%	8 / 10	8 / 10
	SAPA	100%	4 / 4	4 / 4
	Services généraux	75%	3 / 4	3 / 4
Prévenir la congestion au service des urgences	DP, DI et TSA	100%	32 / 32	4 / 4
	Jeunesse	100%	40 / 40	5 / 5
	Santé mentale et dépendances	100%	16 / 16	2 / 2
	Santé physique	100%	88 / 88	11 / 11
	SAPA	100%	32 / 32	4 / 4
	Services généraux	100%	16 / 16	2 / 2

Pratique organisationnelle requise	Programme-service	% Tests de conformité Conforme	# Tests de conformité Conforme	# Chapitres où la POR est Conforme
Prévention du suicide	DP, DI et TSA	65%	13 / 20	0 / 4
	Jeunesse	100%	30 / 30	6 / 6
	Santé mentale et dépendances	100%	20 / 20	4 / 4
	Santé physique	80%	4 / 5	0 / 1
	SAPA	55%	11 / 20	0 / 4
	Services généraux	91%	32 / 35	5 / 7
Stratégie de prévention des chutes	DP, DI et TSA	44%	4 / 9	1 / 2
	Jeunesse	100%	9 / 9	3 / 3
	Santé mentale et dépendances	100%	6 / 6	2 / 2
	Santé physique	52%	11 / 21	1 / 7
	SAPA	58%	7 / 12	2 / 3
Transfert de l'information aux points de transition des soins	DP, DI et TSA	100%	20 / 20	4 / 4
	Jeunesse	100%	35 / 35	7 / 7
	Santé mentale et dépendances	100%	20 / 20	4 / 4
	Santé physique	47%	21 / 45	0 / 9
	SAPA	85%	17 / 20	1 / 4
	Services généraux	88%	22 / 25	3 / 5

Sondages

À l'intérieur du premier cycle d'agrément, les évaluations effectuées par sondage portent sur des dimensions se rapportant au fonctionnement de la gouvernance, à la mobilisation du personnel, à la qualité de vie au travail pour les médecins, à la culture de la sécurité des usagers et à l'expérience de l'utilisateur. Cinq types de sondages intégrés à la démarche d'évaluation soutiennent le processus. Le déploiement de ces outils, une fois par cycle, est une exigence du programme.

Ces outils d'évaluation contribuent à la démarche d'amélioration continue de l'établissement en complémentarité avec les autres composantes du programme Qmentum Québec^{MC}.

Les résultats détaillés de ces sondages sont disponibles dans les rapports respectifs remis à l'établissement ou dans le portail.

Sondage	Objectif
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	Permettre au conseil d'Administration d'évaluer leur propre fonctionnement et relever les aspects à améliorer.
Sondage sur la mobilisation du personnel	Mesurer la qualité de vie au travail ainsi que l'attitude et la perception des membres de la main-d'œuvre.
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins	Évaluer l'engagement du corps médical ainsi que les composantes liées au travail et au milieu de travail qui ont une incidence sur le rendement individuel et organisationnel.
Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers	Évaluer les principaux éléments d'une culture de sécurité. Évaluer la façon dont les membres du personnel perçoivent l'approche à l'égard de la déclaration et de la gestion d'événements liés à la sécurité des usagers.
Sondage sur l'expérience de l'utilisateur	Mesurer l'expérience vécue par les usagers lorsqu'ils reçoivent des soins et services dans un établissement en utilisant une approche « expérience-patient » qui fait appel à la fois aux éléments factuels relatifs aux soins et aux services reçus et à la perception des usagers à l'égard de leur qualité.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

Graphique des résultats

Dates de déploiements : 15 octobre au 3 novembre 2018

Nombre de répondants : 16

Résultats positifs par dimension de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

● Établissement ● RSSS



Sondage sur la mobilisation du personnel

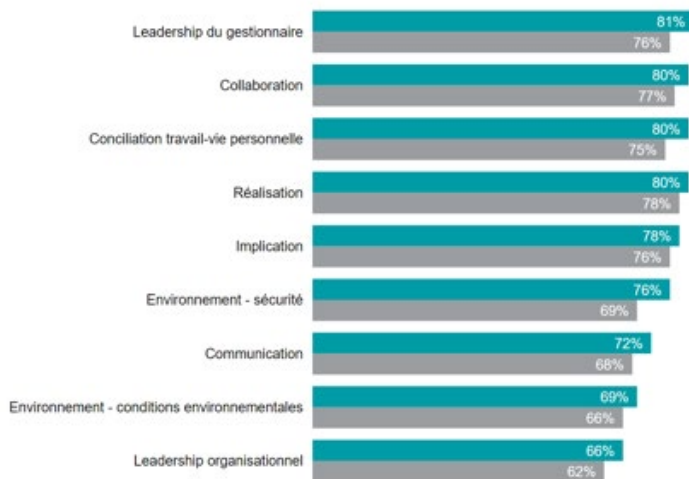
Graphique des résultats

Dates de déploiements : 23 mars au 2 mai 2022

Nombre de répondants : 1601

Moyenne (%) par dimension du sondage sur la mobilisation du personnel

● Établissement ● RSSS



Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

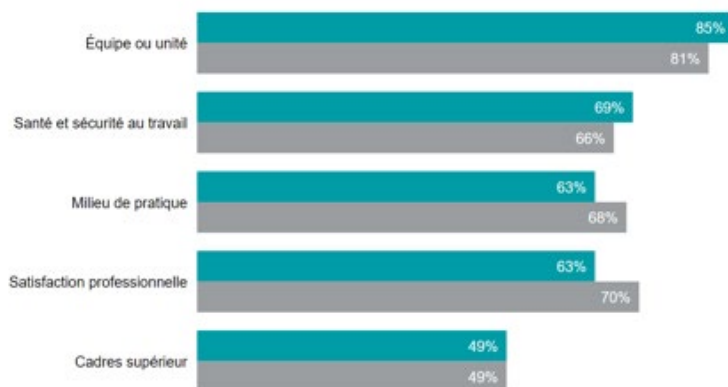
Graphique des résultats

Dates de déploiements : 23 mars au 3 mai 2022

Nombre de répondants : 45

Résultats positifs (%) par thème du sondage Pulse à l'intention des médecins

● Établissement ● RSSS



Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

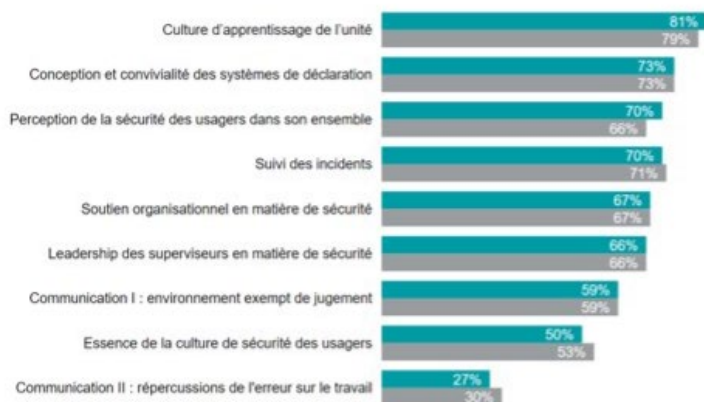
Graphique des résultats

Dates de déploiements : 23 mars au 3 mai 2022

Nombre de répondants : 621

Résultats positifs (%) par dimension du sondage canadien sur la culture de sécurité

● Établissement ● RSSS



Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

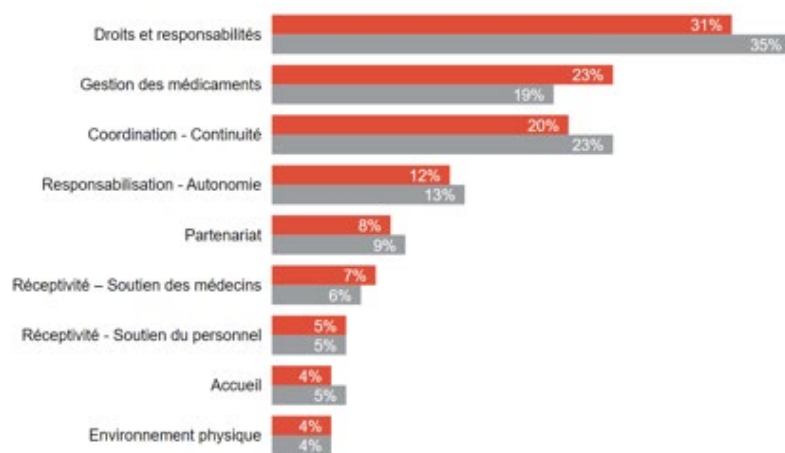
Graphique des résultats

Dates de déploiements : 1 mai au 30 juin 2022

Nombre de répondants : 467

Score négatif (%) par dimension du sondage sur l'expérience de l'utilisateur

● Établissement ● RSSS



Résultats d'évaluation par programme-services

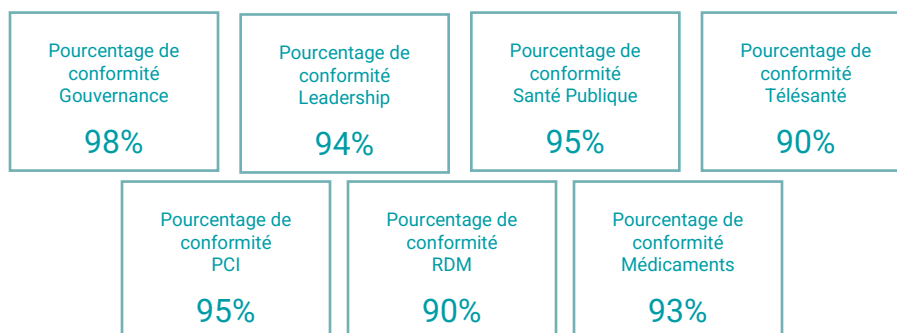
Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales

Avant d'évaluer les programmes-services de l'établissement, le programme Qmentum Québec^{MC} évalue la structure organisationnelle et les normes transversales propres à l'ensemble des établissements publics de la santé et des services sociaux. Cette base est de mise pour assurer un fonctionnement sécuritaire, fiable et de qualité sur le plan des activités des programmes-services. Plus précisément, les thématiques évaluées dans cette première séquence sont la gouvernance, le leadership, la santé publique ainsi que les activités transversales telles que la télésanté¹, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux.

Résultats de l'établissement – Normes

Ensemble de normes	Autres critères			Critères à priorité élevée			POR			Tous les critères (POR + priorité élevée + autres)		
	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.	% Conf.	% Non Conf.	# S.O.
Gouvernance	100%	0%	6	87%	13%	4	100%	0%	0	92%	8%	10
Leadership	87%	13%	4	79%	21%	3	75%	25%	1	84%	16%	8
Santé publique	99%	1%	2	98%	2%	4				98%	2%	6
Télésanté	75%	25%	0	95%	5%	0				83%	17%	0
Prévention et contrôle des infections	97%	3%	2	98%	3%	0	100%	0%	0	97%	3%	2
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	95%	5%	0	92%	8%	3				93%	7%	3
Gestion des médicaments	93%	7%	4	96%	4%	9	67%	33%	0	93%	7%	13
Total	92%	8%	18	92%	8%	23	78%	22%	1	92%	8%	42

Comparatif du réseau



¹ À noter que la norme Télésanté a été évaluée dans le cadre des visites de séquence 3. Cette norme étant transversale, les résultats sont présentés ici.

Faits saillants

(2019) Au niveau de la gouvernance, le conseil d'administration du CISSS est bien ancré dans sa communauté. Les besoins de santé et de services sociaux de la population sont bien connus. Les décisions du conseil sont prises afin de respecter les particularités régionales et locales. En matière d'utilisation des ressources financières, l'établissement dispose de processus de planification et de contrôle budgétaire structurés. Des analyses de performance financière sont réalisées pour assurer une utilisation optimale des ressources. Toutefois, afin de favoriser une utilisation judicieuse des ressources, l'établissement est invité à développer des outils de performance organisationnelle qui intègrent la pertinence, l'efficacité clinique et l'efficience.

L'équipe des services techniques a réalisé une évaluation de tous les facteurs de risques liés à l'environnement physique de l'Hôpital de Rimouski. Ensuite, elle a établi un ordre de priorité pour les actions à entreprendre. Des travaux de rénovation fonctionnelle s'ajoutent également à leur charge, ce qui rend la gestion de l'ensemble difficile. Du côté de la planification en cas de situations d'urgence, un plan régional intégré de sécurité civile est en place, prévoyant la coordination des comités locaux de sécurité civile et des mesures d'urgence des installations. Néanmoins, il semble que ce plan n'était pas connu de tous les employés, tant des personnes concernées que des équipes œuvrant dans les différentes installations. L'établissement est encouragé à porter une attention particulière sur les aspects de communication et à poursuivre le déploiement du plan de communication concernant les mesures d'urgence, et ce à travers tous les sites de l'organisation.

(2022) Le service de télésanté au CISSS du Bas-Saint-Laurent connaît un essor significatif depuis la crise sanitaire. Cette technologie est efficacement appliquée au sein de l'établissement et s'avère très pertinente dans un contexte où la population de la région habite un vaste territoire et où l'enjeu de l'accessibilité revêt une grande importance.

Jeunesse

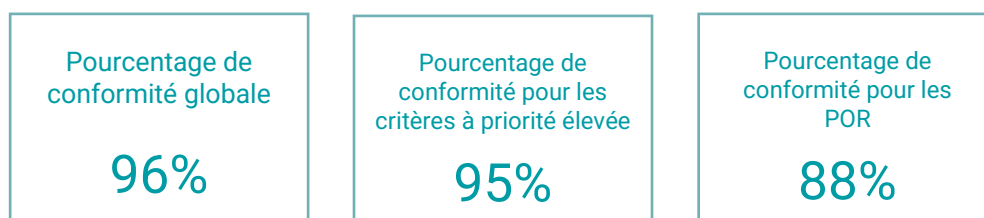
Dans un contexte où un continuum de soins et de services mieux intégré est souhaité, les établissements publics du réseau incluent maintenant une gamme plus large de services sous les programmes Jeunesse. Ce programme-services couvre donc l'ensemble des services aux jeunes et à leurs proches aidants qui doivent être présentés et compris dans un contexte intégré de soins et de services. Cette séquence permet d'évaluer le continuum complet visant à offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité, aux jeunes et aux proches aidants.

Les services Jeunes en difficulté regroupent les services destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Le plus souvent, il y est question de problèmes d'ordre développemental ou comportemental qui peuvent parfois se traduire en difficultés d'adaptation. Certains jeunes seront pris en charge dans le cadre de la Protection de la jeunesse. Les services sont également destinés aux parents de ces jeunes. En plus des services Jeunes en difficulté et Protection de la jeunesse, les services en santé mentale chez les jeunes ainsi qu'une gamme de services reliée à la périnatalité sont également évalués dans le cadre de ce manuel d'évaluation.

Résultats de l'établissement – programme-services Jeunesse



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2019) La direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse manifeste un vif intérêt pour l'amélioration continue. De plus, la nouvelle structure organisationnelle révèle une préoccupation évidente quant à l'intégration des services. Grâce à une collaboration soutenue avec les jeunes et leurs familles, les partenaires interdirections, intersectoriels de la communauté, ainsi qu'avec la population en général, la réalisation des objectifs est optimisée. La gestion de la performance est également intégrée. La salle de pilotage du comité exécutif est stimulante et dynamique. L'organisation du travail est structurée et rigoureuse. Les équipes sont encouragées à élaborer des indicateurs de performance dans tous les secteurs afin de mesurer la qualité et ainsi être en mesure de suivre l'évolution de l'amélioration continue. Enfin, les équipes sont

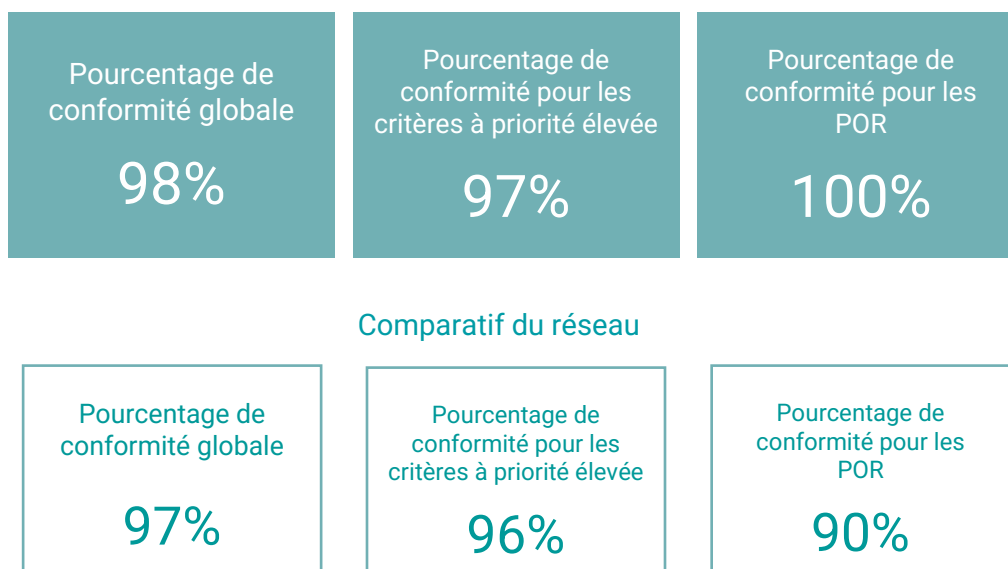
soucieuses de la satisfaction de la clientèle et aspirent constamment à se surpasser pour offrir une prestation de services améliorée. Les principes fondamentaux du concept d'utilisateur-partenaire sont intégrés et démontrés.

Santé mentale et dépendances

Les services de santé mentale comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes adultes atteintes d'un trouble de santé mentale ou de maladie mentale. Ceci inclut les services d'urgences psychiatriques et services de santé mentale pour les usagers inscrits et admis. Le « Plan d'action en santé mentale, Faire ensemble et autrement 2015-2020 » publié par le MSSS en 2015 se situe au cœur de l'évaluation de ce programme-services.

Les services en dépendance comprennent l'ensemble des services pouvant répondre aux besoins des personnes présentant des comportements à risque en matière de consommation de substances psychoactives, de pratique de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'Internet. Les services sont aussi offerts aux personnes répondant aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances ou d'un trouble lié au jeu de hasard et d'argent et des personnes qui présentent un problème de cyberdépendance.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé mentale et dépendances



Faits saillants

(2019) La direction des programmes santé mentale et dépendance démontre aisément, par le biais de la salle de pilotage, toutes les stratégies d'amélioration et les projets qui sont menés en cogestion avec la partie médicale. D'ailleurs, la cogestion, qui est positivement décrite par la partie médicale, est structurée et en continue, autant pour les aspects cliniques que pour les aspects administratifs. Les différents services offerts sont centrés sur une réponse aux besoins des usagers, et bien que les listes d'attente soient connues et suivies, la sécurité des personnes est préservée grâce à la capacité de l'équipe à donner priorité aux besoins urgents. La direction démontre un intérêt à se maintenir à la pointe des meilleures pratiques. Les équipes travaillent avec le milieu communautaire et en reconnaissent l'importance pour la clientèle. Les services sont offerts à proximité de la clientèle, même si le territoire est très vaste.

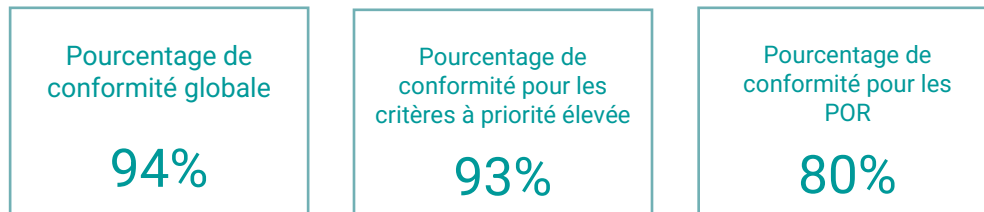
Santé physique

Le programme-services Santé physique comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme qui requiert des soins et services ou des traitements spécialisés ou surspécialisés. De façon globale, le programme-services Santé physique réfère aux soins et services prodigués aux services des urgences, lors d'épisodes de soins aigus, lors des visites en soins ambulatoires, des visites spécialisées à domicile ainsi que des soins palliatifs. Les personnes qui reçoivent ces soins et services peuvent être des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées. Les personnes proches aidantes sont impliquées dans les activités de traitement et de rétablissement, selon les contextes et les besoins des usagers. Considérant le vieillissement de la population, les maladies chroniques, dont les cancers, figurent parmi les maladies les plus prévalentes et nécessitent une part importante des soins et services offerts.

Résultats de l'établissement – programme-services Santé physique



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) Les équipes de Santé physique ont déployé beaucoup d'efforts pour améliorer l'accessibilité aux services. Les obstacles sont gérés, mais le transfert d'informations reste à améliorer. Les trajectoires de services sont connues et la coordination est bien établie entre les hôpitaux et les services externes. Les équipes de gestion des séjours sont mobilisées afin d'éviter la congestion dans les salles d'urgence. L'établissement gagnerait à uniformiser plusieurs outils et à évaluer la qualité du transfert d'information. Par ailleurs, les usagers participent activement à leurs soins. L'implication des usagers dans les décisions plus administratives reliées à l'organisation des services se fait surtout en obtenant des rétroactions via des sondages et des commentaires, et très rarement par le biais d'usagers-partenaires. Une collaboration est établie au sein des équipes, mais il y a peu d'interdisciplinarité démontrée lors des tournées ou des prises de décisions. Le corps médical est en grande partie l'élément central qui guide les équipes dans

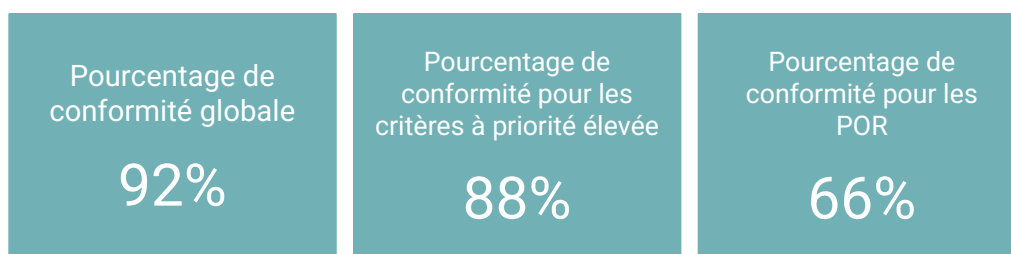
les prestations de soins. Cependant, la collaboration multidisciplinaire est bien présente dans le quotidien des équipes.

Services généraux

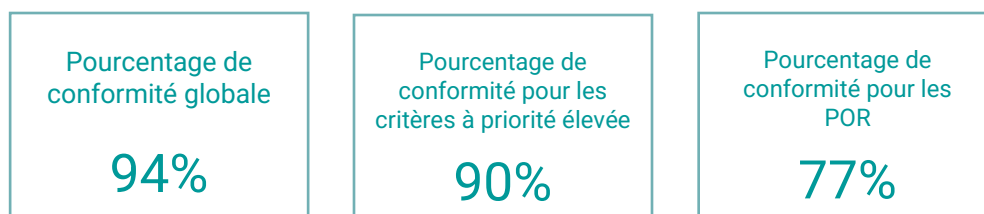
Le programme-services Services généraux comprend l'ensemble des activités cliniques et d'aide de première ligne. Ce sont des services de proximité, soit des services accessibles, près des milieux de vie des personnes, offerts par les CISSS et les CIUSSS et par les groupes de médecine de famille (GMF et GMF-U). Ils sont offerts à l'ensemble de la population, généralement sur une base individuelle. Ils répondent à des besoins ponctuels ou aigus, liés à la santé et au bien-être des usagers et des personnes proches aidantes.

De façon plus spécifique, les services inclus dans le programme-services Services généraux réfèrent à l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes, à des services infirmiers et psychosociaux courants, à des services d'intervention de crise et à des services d'intervention psychosociale en cas d'urgence et de sinistre. Les services offerts par les groupes de médecine de famille sont considérés comme des services généraux de première ligne ou de proximité.

Résultats de l'établissement – programme-services Services généraux



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2022) Les trajectoires des services généraux du volet santé sont fluides. Les services sont disponibles en temps opportun et dans certains sites, les heures d'ouverture sont prolongées afin de répondre adéquatement aux besoins des usagers. L'approche de soins centrés sur la personne est partiellement mise en œuvre. Aucune preuve n'indiquant que les usagers participent aux décisions ou aux projets associés aux aspects de gestion. Par ailleurs, l'accessibilité aux services psychosociaux de proximité est très bonne et le transfert d'information aux points de transition est efficace. Les intervenants des services généraux du volet social utilisent des outils et des approches normalisées tout en bénéficiant d'un bon soutien et d'un encadrement au niveau des pratiques professionnelles. Les équipes font preuve d'une approche collaborative entre les membres ainsi qu'avec les partenaires associés à l'offre de services. Le développement de plan de services intégrés en collaboration avec les partenaires est une pratique à développer.

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA)

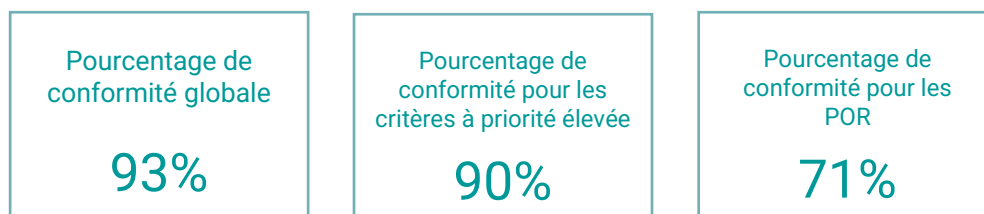
Le programme-services Déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins de toutes personnes, quel que soit leur âge, qui vivent avec une déficience physique (auditive, langagière, motrice ou visuelle) ou une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, ainsi qu'à leur famille et aux personnes proches aidantes. Les enfants qui présentent un retard significatif sur le plan de leur développement et les personnes présentant un trouble de la communication sociale bénéficient également de soins et services offerts dans le cadre de ce programme-services.

De façon globale, le programme-services comprend des services spécifiques, et parfois spécialisés et surspécialisés, selon les besoins de l'utilisateur et la mission de l'établissement. De façon plus spécifique, l'offre de services peut comprendre des services de repérage, d'évaluation, de référence et d'orientation, d'intervention thérapeutique, d'adaptation-réadaptation, de maintien des acquis et de soutien à la participation sociale. Les services, offerts le plus souvent à proximité, dans les milieux de vie des usagers, ou en établissement, visent à soutenir la réalisation du plein potentiel et la participation sociale de l'utilisateur en fonction de son projet de vie.

Résultats de l'établissement – programme-services DP-DI-TSA



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2023) Au sein des programmes déficiences (DI-TSA-DP), les services offerts sont diversifiés, sécuritaires et empreints d'humanisme, tant pour les usagers que pour leurs proches. Ceux-ci présentent d'importants besoins, parfois complexes, et ce, à travers tout le Bas-Saint-Laurent, sur un vaste territoire. Les soins sont centrés sur l'utilisateur, et les intervenants font preuve de créativité pour répondre aux besoins de la clientèle. De nombreuses initiatives ont été mises en œuvre afin d'assurer le confort et le bien-être de la clientèle desservie. De plus, la collaboration

interdisciplinaire est très présente, dans l'intérêt des usagers. Cependant, quelques défis en matière de communication d'informations sensibles des usagers ont été observés en raison de l'absence d'interopérabilité des données informatiques, ce qui peut engendrer des risques pour la sécurité de la clientèle. Les mécanismes d'accès représentent également un défi pour cette direction, étant donné que les places sont limitées et que les besoins sont en constante croissance. Diverses stratégies ont été mises en place pour prendre en charge les usagers et, surtout, pour les orienter vers l'environnement le mieux adapté à leurs besoins. Les équipes sont encouragées à poursuivre leur travail exceptionnel.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

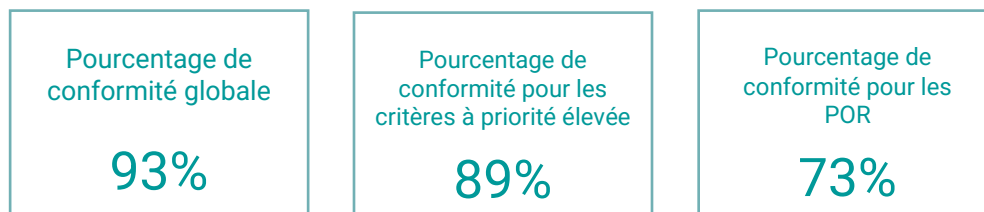
Le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) comprend l'ensemble des services du RSSS pouvant répondre aux besoins des personnes qui sont en perte d'autonomie et les personnes proches aidantes. Bien que le programme-services SAPA s'adresse principalement aux personnes qui vivent une perte d'autonomie due au vieillissement, les personnes de moins de 65 ans qui présentent une perte d'autonomie fonctionnelle, des problèmes cognitifs ou des maladies chroniques peuvent également bénéficier des soins et des services offerts dans le cadre de ce programme.

De façon globale, le programme-services SAPA comprend des soins et des services à domicile, de courte durée gériatrique, de gériatrie spécialisée ambulatoire, des services d'hébergement de longue durée ainsi que des soins palliatifs et de fin de vie. Un ensemble de services sont également offerts pour répondre aux besoins des personnes proches aidantes : information, sensibilisation, formation, soutien aux soins de santé physique, soutien psychosocial, répit et dépannage.

Résultats de l'établissement – programme-services SAPA



Comparatif du réseau



Faits saillants

(2023) La population du territoire couverte par le CISSS du Bas-Saint-Laurent est vieillissante avec plus de 27 % des usagers ayant 65 ans et plus. Un enthousiasme et un dynamisme porteurs au sein de l'équipe sont remarquables. Près de 50 % des gestionnaires ont été renouvelés à la suite des départs à la retraite ou pour diverses raisons. Le soutien aux jeunes gestionnaires sera un incontournable pour affronter les enjeux qui se profilent en raison du vieillissement de la population et de la pénurie d'effectifs. Des gestionnaires de proximité ont été mis en place et ajoutent une valeur positive à la vie des équipes dans les diverses installations ainsi qu'à l'application et à la pérennité des bonnes pratiques. L'approche collaborative au sein des équipes

de professionnels doit cependant être bonifiée. La continuité avec les préposés aux bénéficiaires provenant de la main-d'œuvre indépendante, pour assurer le suivi des recommandations des divers professionnels, doit être améliorée.

Amélioration continue de la qualité

Le Programme Qmentum Québec^{MC} a été conçu pour mettre de l'avant un cadre d'apprentissage progressif et d'amélioration continue de la qualité. Le processus d'amélioration continue de la qualité implique le questionnement et l'évaluation de la façon dont l'établissement fonctionne, de ce qu'il fait bien et de ce qu'il peut améliorer.

La structure séquentielle du programme permet d'établir un portrait spécifique des différents secteurs, notamment pour chaque programme-service, mais aussi une vue d'ensemble et transversale de plusieurs pratiques.

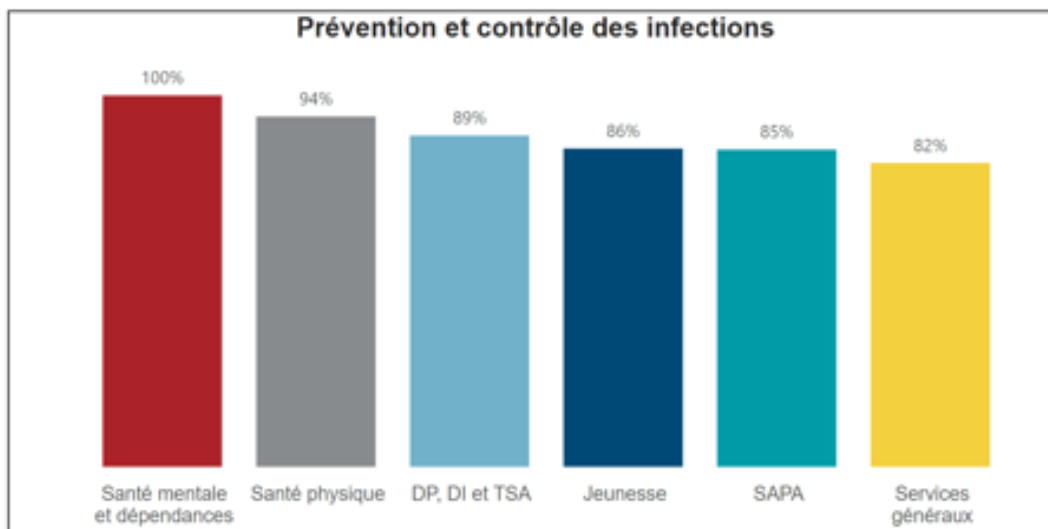
L'amélioration continue de la qualité favorise l'habilitation de la main-d'œuvre, une culture de responsabilisation et la pérennisation des améliorations au fil du temps grâce à l'autosurveillance continue et à l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action.

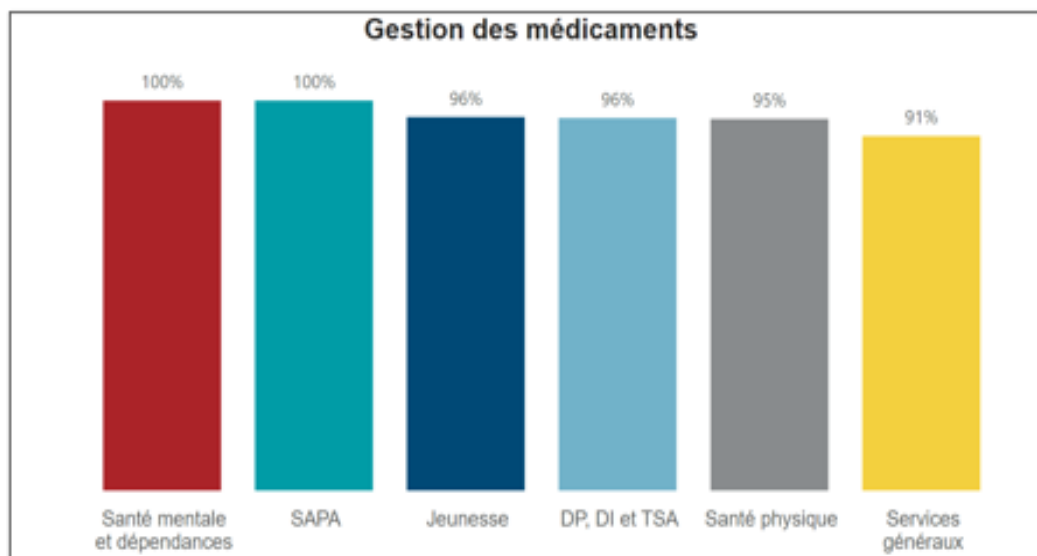
Les résultats, les constats et les suivis requis à la suite de chacune des visites sont des opportunités d'apprentissage collectif et de partage de connaissance entre les directions et entre les établissements du réseau.

Évaluation des pratiques sécuritaires

Les **pratiques sécuritaires** sont une sélection de critères liés à la gestion des médicaments et à la prévention et au contrôle des infections incluant les critères liés au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Ces critères se retrouvent dans chaque chapitre « service » d'un manuel d'évaluation en raison de l'importance d'évaluer la pratique dans l'ensemble des services cliniques.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées





Soumission des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen

Afin de veiller à ce que l'établissement réponde aux exigences du programme et à ce que le travail d'amélioration continue concernant les éléments qui ont été relevés par le Comité d'approbation du statut d'agrément à la suite des visites sur place, l'établissement est requis de soumettre des preuves des progrès réalisés à des fins d'examen.

Nous attestons que cet établissement se conforme à cette exigence du programme.

Conclusion

En ce qui concerne l'amélioration continue de la qualité des services, l'établissement peut compter sur une équipe dynamique et dévouée. Des cadres de référence en matière d'amélioration continue de la qualité et des outils de gestion des risques ont été développés par l'établissement. Pour soutenir ces activités et transmettre un message fort, l'établissement est encouragé à maintenir l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services comme priorité organisationnelle et à veiller au rôle conseil d'administration à cet effet.

Au niveau des soins centrés sur l'utilisateur et sa famille, l'implication de ces derniers dans la planification des services et la prise de décisions les concernant est bien présente. L'établissement s'engage progressivement dans le développement d'une culture de soins centrés sur l'utilisateur et sa famille. Dans l'optique de rallier l'ensemble des acteurs et partenaires du CISSS autour d'une telle approche, l'établissement est encouragé à adopter une orientation claire concernant ce concept, ainsi qu'à élaborer, communiquer et mettre en œuvre sa stratégie de déploiement à tous les niveaux et dans tous les programmes-services.

Annexes

Directives relatives à l'attribution de l'agrément

Statut d'agrément	Critères	
	Critères à priorité élevée et Pratiques organisationnelles requises (POR) dans chaque groupe*	Tous les critères
Agréé	Conforme dans une proportion de 70 % et plus	Conforme dans une proportion de 80 % ou plus

*Les ensembles de normes sont regroupés comme suit, puis on calcule le pourcentage de critères respectés dans chaque groupe.

1. Gouvernance + Leadership
2. Gestion des médicaments + Prévention et contrôle des infections
3. Tous les ensembles de normes et chapitres relatifs aux services

Classification des critères

Chaque critère est classifié selon un niveau de priorité (pratique organisationnelle requise et priorité normale et élevée) et une dimension de la qualité (p. ex., sécurité). Ces classifications servent de guide aux établissements pour mieux comprendre les critères par regroupement thématique.

Niveaux de priorité

Pratiques organisationnelles requises (POR)

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

Le contenu technique de la POR est constitué de l'énoncé, des conseils et des tests de conformité. L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'établissement. Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences. Les tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR. L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité d'une POR pour que l'évaluation indique sa conformité avec cette POR.

Critères à priorité élevée

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

Critères à priorité normale

Les critères qui ne portent pas sur des thèmes de priorité élevée sont considérés comme des critères à priorité normale.

Dimensions de la qualité

Le cadre conceptuel de la qualité de HSO comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans tous les secteurs des soins de santé et des services sociaux. Ces dimensions forment la base des normes, en vertu desquelles chaque exigence (critère) est liée à l'une des huit dimensions de la qualité. Ainsi, l'orientation fondamentale de chaque critère est claire, et les utilisateurs comprennent son objectif. Voici les dimensions de la qualité qui sous-tendent le cadre conceptuel de la qualité :

- *Accent sur la population* : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
- *Accessibilité* : M'offrir des services équitables, en temps opportun.
- *Sécurité* : Assurer ma sécurité.
- *Qualité de vie au travail* : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
- *Services centrés sur l'usager* : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins.

- *Continuité des services* : Coordonner mes soins dans le continuum de soins.
- *Pertinence* : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
- *Efficience* : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Calendrier des séquences pour le cycle 1 (2018-2023)

2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre	Janvier à Juin	Juillet à décembre
	Gouvernance										
	Leadership										
	Santé publique										
	Jeunesse										
	Dépendances										
	Santé mentale										
						Santé physique					
						Services généraux					
						Télésanté					
								Déficience physique			
								Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme			
								SAPA			
	Gestion des médicaments										
	Prévention et contrôle des infections										
	Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables										
	Cahier de normes au complet										
	Critères spécifiques										

Évaluations par des pairs : emplacements visités et chapitres évalués

Le tableau suivant présente les dates de visites pour chaque séquence et programme-services évalué. À noter que certaines pratiques provenant des normes de Prévention et contrôle des infections (PCI), de Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (RDM) et de Gestion des médicaments sont présentes à travers les manuels d'évaluation utilisés lors des séquences 2 à 5. Ces pratiques font ainsi l'objet d'une évaluation continue et transversale, à travers chaque programme-services.

Séquence	Normes ou manuel d'évaluation	Date de visite
Séquence 1	Gouvernance	10 au 14 juin 2019
Séquence 1	Leadership	10 au 14 juin 2019
Séquence 1	Santé publique	10 au 14 juin 2019
Séquence 1	PCI	10 au 14 juin 2019
Séquence 1	RDM	10 au 14 juin 2019
Séquence 1	Gestion des médicaments	10 au 14 juin 2019
Séquence 2	Jeunesse	23 au 27 septembre 2019
Séquence 2	Santé mentale et dépendances	23 au 27 septembre 2019
Séquence 3	Santé physique	12 au 16 septembre 2022
Séquence 3	Services généraux	12 au 16 septembre 2022
Séquence 3	Télésanté	12 au 16 septembre 2022
Séquence 4	DP, DI et TSA	27 au 31 mars 2023
Séquence 5	SAPA	27 au 31 mars 2023

Les tableaux suivants présentent les normes ou les chapitres évalués et les emplacements visités pour chaque séquence.

Séquence 1

Norme	Norme évaluée
Gouvernance	Oui
Leadership	Oui
Santé Publique	Oui
Prévention et contrôle des infections	Oui
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	Oui
Gestion des médicaments	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre hospitalier régionale du Grand-Portage ▪ Centre hospitalier Trois-Pistoles ▪ Hôpital d'Amqui ▪ Hôpital de Matane ▪ Hôpital de Notre-Dame-du-Lac ▪ Hôpital Notre-Dame-de-Fatima ▪ Hôpital régional de Rimouski

Séquence 2

Chapitres	Chapitre évalué	Emplacements
Excellence des services (Jeunesse)	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Rimouski-Neigette ▪ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse des Basques ▪ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse Pierre-Saindon ▪ Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Rimouski-Neigette (Unité L'Anse) ▪ Centre hospitalier régionale du Grand-Portage ▪ Centre hospitalier Trois-Pistoles ▪ CLSC de Cabano ▪ CLSC de Matane ▪ CLSC de Rimouski-Groupe de médecine familiale-universitaire (GMF-U) – Services psychosociaux ▪ CLSC de Rivière-du-Loup ▪ CLSC de Saint-Pascal ▪ CLSC du 180 (Jeunesse-enfance-famille) ▪ Hôpital de Matane ▪ Hôpital de Notre-Dame-du-Lac ▪ Hôpital régional de Rimouski ▪ Maison des naissances Colette-Julien ▪ Résidence à assistance continue (RAC) Fusiliers ▪ Ressources d'établissement Mon Parcours
Services de périnatalité et d'obstétrique	Oui	
Services de sage-femme et maisons de naissance	Non	
Services pour jeunes en difficulté	Oui	
Services pour la protection de la jeunesse	Oui	
Services pour la santé mentale en communauté	Oui	
Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	Oui	
Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	Oui	
Excellence des services (Santé mentale et dépendances)	Oui	
Services de santé mentale (usagers inscrits)	Oui	
Services d'urgences psychiatriques	Oui	
Services de dépendances (usagers inscrits)	Oui	
Services de santé mentale (usagers admis)	Oui	
Services de dépendances (usagers admis)	Oui	
Services de dépendances (usagers admis)	Non	

Séquence 3

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (Santé physique)	Oui
Services des urgences	Oui
Unités d'hospitalisation	Oui
Services de soins critiques	Oui
Services de néonatalogie	Oui
Services de pédiatrie	Oui
Services d'oncologie	Oui
Services de soins palliatifs et de fin de vie	Oui
Services interventionnels et périchirurgicaux	Oui
Services de soins ambulatoires	Oui
Services d'imagerie et médecine nucléaire	Oui
Services de dons d'organes (donneurs vivants)	Non
Services de dons d'organes (donneurs décédés)	Oui
Services de transplantation	Non
Services d'activités spécialisées à domicile	Non
Cheminement de l'utilisateur	Oui
Norme: Télésanté	Oui
Excellence des services (Services généraux)	Oui
Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	Oui
Service Info-Social	Oui
Services de consultation sociale ou psychologique	Oui
Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	Non

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre hospitalier de la Mitis ▪ Centre multiservices de santé et services sociaux de Trois-Pistoles ▪ Centre hospitalier régional du Grand-Portage ▪ CLSC d'Amqui ▪ CLSC de Cabano ▪ CLSC de Matane ▪ CLSC de Mont-Joli ▪ CLSC de Rivière-du-Loup ▪ CLSC de Saint-Épiphane ▪ CLSC de Trois-Pistoles ▪ CLSC et Groupe de médecine de famille universitaire de Rimouski ▪ GMF de Témiscouata ▪ Hôpital d'Amqui ▪ Hôpital de Matane ▪ Hôpital de Notre-Dame-du-Lac ▪ Hôpital Notre-Dame-de-Fatima ▪ Hôpital régional de Rimouski

Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	Oui
Service Info-Santé	Oui
Services de soins primaires (GMF publics)	Oui
Services de santé courants	Oui

--

Séquence 4

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (DP-DI-TSA)	Oui
Services de déficience physique (usager inscrits)	Oui
Services de déficience physique (usagers admis)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager inscrits)	Oui
Services de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (usager admis)	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atelier du Pont ▪ Centre d'activités de jour de Saint-Cyprien ▪ Centre d'hébergement de Saint-Cyprien ▪ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et déficience physique Thérèse Martin ▪ Centre de réadaptation en déficience physique de La Mitis ▪ Centre de réadaptation en déficience physique de Rimouski-Neigette ▪ Centre de réadaptation en déficience physique de Rivière-du-Loup ▪ Centre hospitalier de La Mitis ▪ Centre hospitalier régional du Grand-Portage ▪ Centre multiservices d'Amqui ▪ Centre multiservices de la Mitis ▪ Centre multiservices de Témiscouata-sur-le-Lac ▪ Résidence à assistance continue (RAC) Ross ▪ Résidence à assistance continue (RAC)-Jumelé 1

Séquence 5

Chapitres	Chapitre évalué
Excellence des services (SAPA)	Oui
Soins et services de longue durée (usagers admis)	Oui
Soins et services de courte durée pour clientèle gériatrique (usagers admis)	Oui
Services gériatriques spécialisés ambulatoires (usagers inscrits)	Non
Soutien à domicile (usagers inscrits)	Oui
Soins palliatifs et de fin de vie	Oui

Emplacements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre d'hébergement d'Anjou de Saint-Pâcome ▪ Centre d'hébergement De Chauffailles ▪ Centre d'hébergement de La Mitis ▪ Centre d'hébergement de Matane ▪ Centre d'hébergement de Rimouski ▪ Centre d'hébergement de Rivière-Bleue ▪ Centre d'hébergement de Saint-Cyprien ▪ Centre d'hébergement de Saint-Louis-du-Ha! Ha! ▪ Centre d'hébergement de Squatec ▪ Centre d'hébergement Marie-Anne Ouellet ▪ Centre d'hébergement Villa Maria ▪ Centre hospitalier de Rimouski ▪ Centre hospitalier et centre d'hébergement de Trois-Pistoles ▪ Centre hospitalier régional du Grand-Portage ▪ CLSC d'Amqui ▪ CLSC de Cabano ▪ CLSC de Mont-Joli ▪ CLSC de Rimouski le 135 ▪ CLSC de Rivière-du-Loup Bureaux du SIAD

Détails techniques du rapport

Cette section présente la méthodologie de calcul des résultats présentés dans ce rapport.

Taux de conformité global

Pourcentage ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) de conformité pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble de l'établissement et pour l'ensemble du réseau, soit le total des résultats de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Sommaire des résultats : aperçu de la conformité aux pratiques organisationnelles requises

Pourcentage ($\% = \frac{\text{nbr de chapitres POR conforme}}{\text{nbr de chapitres POR conforme} + \text{nbr de chapitre POR non-conforme}}$)

Rouge = POR n'est pas conforme dans tous les secteurs de soins et services

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Analyse selon les dimensions de la qualité

Conforme = nombre total de critères conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR. Une POR égale un critère, même si elle comprend plusieurs tests de conformité. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Non conforme = nombre total de critères non-conformes, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

S.O. = nombre total de critères côté sans objet, comprends les critères à priorité normale, à priorité élevée et les POR.

Total = conforme + non-conforme + s.o.

$\% \text{ conforme} = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$

Sommaire des POR de l'établissement

Total - # POR Conforme et % POR Conforme = nombre et pourcentage total de POR conformes, si une POR est conforme dans 2 chapitres différents c'est compté comme 2 POR conformes, les calculs sont au niveau de la POR et non des tests de conformités

$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Sommaire des POR récurrentes par programme-service

Pour les POR se trouvant dans plusieurs chapitres et normes, les données suivantes sont présentées par programme-service :

$$\% \text{ TC Conforme} = \% = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ TC Conforme} = \frac{\text{nbr de tests de conformités conformes liés à cette POR}}{\text{nbr de tests de conformités conforme et non-conformes liés à cette POR}}$$

$$\# \text{ Chapitre Conforme} = \frac{\text{nbr de fois la POR est conforme (tous les tests de conformités sont conformes)}}{\text{nbr de chapitres où la POR est évaluée}}$$

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur la mobilisation du personnel

Moyenne (%) par dimension : Chaque énoncé qui fait partie d'une dimension est évalué sur une échelle de 0 à 10. La moyenne des résultats des énoncés qui composent chaque dimension est multipliée par 10 pour obtenir un pourcentage. Ceci est rapporté comme le score d'une dimension. La plupart des scores et des mesures sont calculés à l'aide de l'échelle numérique allant de 0 à 10 et excluent les choix « Je ne sais pas / sans réponses » ou « Non applicable ».

Le taux de réponse est calculé en fonction du nombre total des membres du personnel fourni par l'établissement au moment du déploiement du sondage.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage canadien sur la culture de la sécurité des usagers

$$\text{Pourcentage de réponses positives} = \frac{\text{Tout à fait d'accord} + \text{D'accord}}{\text{Pas du tout d'accord} + \text{Pas d'accord} + \text{Neutre} + \text{D'accord} + \text{Tout à fait d'accord}}$$

Sondage sur l'expérience de l'utilisateur

$$\text{Score négatif (\%)} \text{ par dimension} = \frac{\text{Réponses de 0 à 6 sur l'échelle}}{\text{Réponses de 0 à 10 sur l'échelle}}$$

Résultats par normes

Les critères sans objet sont exclus des calculs pour le % Conforme et Non conforme.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Résultats de l'établissement – programme-services et Comparatif du réseau

Pour chaque programme-service (manuel d'évaluation), pourcentage de conformité globale ($\% = \frac{\text{conformes}}{\text{conformes} + \text{non-conformes}}$) pour tous les critères (POR, priorité élevée, priorité normale) et pourcentage de conformité pour les critères à priorité élevée et pour les POR seulement.

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble du programme-service de l'établissement et pour l'ensemble du réseau pour ce programme-service, soit le total des résultats du programme-service de tous les établissements publics participants au programme Qmentum Québec^{MC}.

Résultats par programme-services du pourcentage moyen de conformité pour chacune des pratiques sécuritaires évaluées

Les critères sans objet sont exclus de ces calculs.

Chaque POR compte pour un critère. Tous ses tests de conformités doivent être conformes pour que la POR soit conforme.

Les critères au sujet du retraitement des dispositifs médicaux (RDM) sont inclus dans les résultats de PCI.