ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Sherbrooke, QC

Séquence 2

Dates de la visite d'agrément : 20 au 25 octobre 2019

Date de production du rapport : 3 février 2020

Au sujet du rapport

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en octobre 2019. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

© Agrément Canada 2019

Table des matières

Sommaire 1

Au sujet de la visite d'agrément 2

Analyse selon les dimensions de la qualité 4

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation 5

Aperçu par pratiques organisationnelles requises 8

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs 21

Commentaires de l'organisme 24

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises 26

Résultats détaillés de la visite 28

Résultats pour les manuels d'évaluation 29

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services 29

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique 31

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance 34

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté 37

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse 39

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté 42

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie 43

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA) 45

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services 47

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits) 49

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques 51

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis) 53

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits) 55

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis) 56

Annexe A - Programme Qmentum 58

Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'usager. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issu du cycle de 5 ans.

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 20 au 25 octobre 2019**

- **Emplacements**

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

1. Bureau de Cowansville - 5179-1853
2. Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog - 5121-9046
3. Centre Providence - 5122-2917
4. CIUSSS de l'Estrie - CHUS - Édifice Norton
5. CJE (boul. Queen-Victoria)
6. CLSC Camirand (95) - 5122-4459
7. CLSC de Cowansville-du-Sud - 5275-4975
8. CLSC de Cowansville-Larouche - 5122-4079
9. CLSC King Ouest - 5122-4467
10. Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins - 5122-9185
11. Hôpital de Granby - 5122-8120
12. Hôpital Fleurimont - 5121-6687
13. Hôpital, CLSC et centre d'hébergement d'Asbestos - 5121-9293
14. Hôtel-Dieu de Sherbrooke - 5121-6695
15. Le Centre Jean-Patrice-Chiasson - 5122-9243
16. Maison de naissance de l'Estrie - 5123-1355
17. Point de service Sherbrooke - 5517-0088
18. Point de service Val-du-Lac - 5121-7644
19. Services externes pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Granby (C.S.R.E. Granby) - 5123-4409
20. Villa Marie-Claire - 5123-4086

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Jeunesse
2. Santé mentale et dépendances

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 manuels d'évaluation 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.)	27	0	0	27
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	118	0	0	118
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	369	13	33	415
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	18	1	0	19
Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	431	9	33	473
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	74	2	0	76
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	323	9	18	350
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	4	0	0	4
Total	**1364**	**34**	**84**	**1482**

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer 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.

Manuel d'évaluation(s)	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.
Chapitre(s)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Jeunesse									
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	47 (100,0%)	0 (0,0%)	1	85 (97,7%)	2 (2,3%)	1
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique	54 (94,7%)	3 (5,3%)	0	51 (94,4%)	3 (5,6%)	0	105 (94,6%)	6 (5,4%)	0
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance	41 (93,2%)	3 (6,8%)	1	46 (100,0%)	0 (0,0%)	2	87 (96,7%)	3 (3,3%)	3

Manuel d'évaluation(s) Chapitre(s)	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
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté	38 (97,4%)	1 (2,6%)	13	52 (100,0%)	0 (0,0%)	10	90 (98,9%)	1 (1,1%)	23
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse	50 (100,0%)	0 (0,0%)	1	47 (95,9%)	2 (4,1%)	0	97 (98,0%)	2 (2,0%)	1
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté	27 (96,4%)	1 (3,6%)	5	58 (100,0%)	0 (0,0%)	7	85 (98,8%)	1 (1,2%)	12
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	37 (100,0%)	0 (0,0%)	0	52 (100,0%)	0 (0,0%)	0	89 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA)	36 (97,3%)	1 (2,7%)	8	66 (97,1%)	2 (2,9%)	15	102 (97,1%)	3 (2,9%)	23
Total	321 (96,7%)	11 (3,3%)	28	419 (98,4%)	7 (1,6%)	35	740 (97,6%)	18 (2,4%)	63
Santé mentale et dépendances									
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	48 (100,0%)	0 (0,0%)	0	87 (98,9%)	1 (1,1%)	0

Manuel d'évaluation(s) Chapitre(s)	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
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	60 (96,8%)	2 (3,2%)	0	92 (97,9%)	2 (2,1%)	0
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques	47 (97,9%)	1 (2,1%)	0	53 (100,0%)	0 (0,0%)	5	100 (99,0%)	1 (1,0%)	5
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis)	33 (100,0%)	0 (0,0%)	0	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	79 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits)	33 (97,1%)	1 (2,9%)	0	67 (100,0%)	0 (0,0%)	0	100 (99,0%)	1 (1,0%)	0
Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis)	38 (100,0%)	0 (0,0%)	0	46 (93,9%)	3 (6,1%)	7	84 (96,6%)	3 (3,4%)	7
Total	222 (98,7%)	3 (1,3%)	28	320 (98,5%)	5 (1,5%)	12	542 (98,5%)	8 (1,5%)	12
Total	**543 (97,5%)**	14 (2,5%)	28	739 (98,4%)	12 (1,6%)	47	1282 (98,0%)	26 (2,0%)	75

* 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. 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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Non Conforme	0 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	4 sur 4

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	4 sur 4
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA))	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Non Conforme	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Non Conforme	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA))	Conforme	4 sur 4
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Non Conforme	4 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Non Conforme	4 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	5 sur 5
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance)	Non Conforme	2 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis))	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis))	Conforme	3 sur 3

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.

Depuis la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS) en 2015, une nouvelle structure a été implantée pour favoriser une meilleure intégration des services sur le plan clinique et pour mieux répondre aux besoins de la clientèle tout au long de la trajectoire de services. L'harmonisation des pratiques dans une nouvelle organisation qui regroupe différentes cultures organisationnelles et plusieurs approches d'intervention constitue toutefois un enjeu.

Nous observons que la mise à jour des infrastructures entraîne une multitude de projets d'immobilisation, lesquels mobilisent beaucoup de ressources dans un contexte où la capacité est limitée. La direction a là un défi d'équilibre dans un contexte où les besoins sont des plus importants.

Par ailleurs, l'environnement physique, dans certains milieux, présente des risques pour la clientèle ainsi que pour les travailleurs qui y œuvrent. L'environnement physique est cependant adéquat dans plusieurs sites en périphérie du CIUSSS. Des enjeux majeurs demeurent présents à l'Hôpital Fleurimont en regard du niveau du processus de gestion de la désuétude et de l'entretien préventif des équipements.

D'importantes stratégies sont déployées pour le recrutement, mais également pour la rétention de la main d'œuvre; cela mérite d'être souligné. Le sentiment d'appartenance à l'établissement est marqué et s'observe dans les équipes. La gestion de proximité et le contact humain sont privilégiés. La reconnaissance est très présente.

La culture de gestion de la qualité et des risques est présente dans les équipes d'intervenants sur le terrain. Une culture de déclaration et de divulgation est en place. Au niveau stratégique, la gestion des risques opérationnels est considérée. Depuis la dernière visite, nous constatons d'importants efforts afin d'accroître les déploiements des différentes pratiques organisationnelles requises. Nous encourageons fortement les équipes à s'approprier ces pratiques pour assurer des soins sécuritaires, et ce, dans l'intérêt des usagers. Leur mise en œuvre est garante de la sécurité des usagers. L'établissement devra donc y porter une attention particulière afin de les consolider. Notons que la gestion des médicaments est solide et rigoureuse dans son ensemble.

Au niveau des équipes cliniques, le partenariat avec l'usager et sa famille dans ses soins et services est un acquis. Toutefois, l'apport des usagers et de leurs proches dans des processus administratifs demeure à

développer davantage. Les expériences vécues où l'on a eu recours à des usagers partenaires ont été très positives pour tous.
Les équipes offrent des soins personnalisés dans une approche humaine et respectueuse des usagers. La satisfaction de la clientèle est observée lors de la visite. L'équipe des visiteurs tient à souligner l'engagement et le dévouement du personnel rencontré.

Dans les secteurs de la jeunesse en difficulté, de la santé mentale jeunesse, de la protection de la jeunesse et de la pédopsychiatrie, nous avons constaté des gestionnaires et des équipes mobilisées et engagées. De plus, le respect pour les usagers et leurs proches ainsi que les efforts pour qu'ils s'impliquent dans les soins et services sont très présents. Il existe de nombreux programmes cliniques, de nombreuses approches et des travaux d'harmonisation des outils et des pratiques cliniques sont en cours. L'établissement est invité à poursuivre les efforts d'amélioration continue et les démarches de performance avec rigueur afin de bonifier la qualité et la sécurité des soins et des services.

Les composantes territoriales étant définies et intégrées, les équipes en place ont débuté l'harmonisation des processus. Au niveau de la prévention et du contrôle des infections (PCI), nous constatons un leadership fort qui s'impose et est visible au sein de l'établissement. Les travaux pour l'intégration vont bon train et l'engagement des équipes démontre une volonté réelle d'améliorer les choses dans un souci de qualité à l'égard des soins et services à l'usager. Toutefois, le soutien des hautes instances demeure capital pour le suivi et la réussite de l'amélioration des conditions existantes, et ce, pour toutes les équipes rencontrées.

Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS est un établissement qui peut compter sur des équipes engagées et soucieuses d'offrir des services de qualité et sécuritaires. Il peut aussi être fier des nombreux partenariats que les équipes ont su créer avec la communauté. Fort de ses arrimages, il est un leader provincial en ce sens.

Soulignons que les équipes de la direction jeunesse ont démontré leur engagement envers leur clientèle dans toutes les installations. L'esprit de collaboration et la créativité des équipes sont une source d'inspiration. Plusieurs des idées novatrices méritent un rayonnement au-delà de votre établissement.

L'implantation de salles de pilotages au niveau stratégique témoigne clairement de la volonté de la haute direction d'assurer une gestion intégrée de la performance de ses activités. Au cours des dernières années, des efforts importants ont été déployés afin d'intégrer les neuf réseaux locaux qui composent l'établissement.

De nombreux travaux d'harmonisation des pratiques ont été réalisés et plusieurs plans d'action ont vu le jour. L'actualisation de toutes ces réalisations demeure un défi de taille, surtout dans un contexte de rareté de la main d'œuvre. Nous sommes sûrs que le CIUSSS de l'Estrie - CHUS possède les atouts, la volonté et la créativité nécessaires pour relever le défi avec brio.

Dans les trajectoires de soins « Santé mentale et dépendances », nous avons rencontré des gens de cœur entièrement dédiés à une clientèle vulnérable. À travers leurs propos et différents projets présentés, ils ont su démonter un savoir-être empreint de respect et d'humanisme qui est primordial pour une clientèle qui a souvent eu un vécu difficile.

La mise en place du comité de gestion du programme santé mentale et dépendances permet d'établir les lignes directrices et les grandes orientations des différentes offres de service, et ce, tant pour le secteur hébergement, communauté que pour le milieu hospitalier. Il a été permis de constater un engagement dans le processus d'amélioration continue de la qualité. Il est également ressorti un souci d'une gestion intégrée de la qualité et de la performance.

L'implication de plusieurs usagers partenaires, constatée dans plusieurs projets, démontre que l'expérience vécue par les usagers a aussi de l'importance et que cette dimension représente un atout essentiel et incontournable pour des programmes et services de qualité qui demeurent centrés sur les besoins de ceux à qui ils sont destinés.

Les continuums de services sont développés et améliorés en étroite collaboration avec les différents partenaires de la communauté, ce qui permet aussi une implication de la communauté dans un esprit de responsabilité partagée centrée sur l'amélioration du bien-être des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale ou de dépendance.

Commentaires de l'organisme

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

Du 20 au 25 octobre 2019, nous avons eu le plaisir d'accueillir sept visiteurs et un mentor d'Agrément Canada. Ce sont près de 200 personnes qui ont été rencontrées, plus de vingt installations visitées, près de 2 000 kilomètres parcourus, qui ont permis à l'équipe visiteuse de dresser un portrait de notre organisation.

Dans le cadre de cette visite, nos objectifs étaient de :

- Poursuivre le développement d'une culture de gestion intégrée de la qualité en cohérence avec notre système de gestion intégrée de la performance;
- Mettre en lumière notre cheminement en tant qu'organisation au plan de l'amélioration continue de la qualité;
- Identifier nos forces et nos opportunités comme leviers d'harmonisation des pratiques et des processus vers l'amélioration continue de la qualité.

Lors de la séance synthèse, nous avons pris acte des constats, succès et défis qui ont été soulevés par l'équipe visiteuse. Dans l'ensemble, ce portrait reflète notre situation, en termes d'enjeux à considérer et de potentiel d'amélioration. Nous avons été ravis de constater que l'engagement du personnel a été souligné par l'équipe visiteuse, d'autant plus qu'il s'agit d'une valeur de notre organisation. Nous souhaitons que cette force continue de nous faire rayonner au cours des prochaines années. Ont également été soulignés le modèle et les stratégies de gestion intégrée de la qualité et de la performance, pour lesquels d'importants efforts ont été consacrés et se poursuivront dans l'avenir. Enfin, le partenariat avec l'usager, ses proches et la population dans les soins et services a été reconnu.

Par ailleurs, nous sommes en accord avec les défis identifiés : la mise en œuvre des nombreux plans d'amélioration continue de la qualité, le maintien de l'équilibre dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, l'amélioration du processus d'approbation et d'implantation des protocoles et formulaires, l'harmonisation des pratiques au sein de l'organisation et finalement, l'apport des usagers et de leurs proches dans des processus administratifs.

À la lumière de cette analyse, l'amélioration continue de la qualité nous apparait comme un incontournable à poursuivre. Des actions telles que des exercices de traceurs et des audits sont des pratiques à maintenir ou à développer dans la routine des équipes. De plus, trois sondages organisationnels sont en cours de réalisation, et permettront de poursuivre le développement de la culture de sécurité des usagers, la mobilisation du personnel et la qualité de vie au travail des médecins.

En somme, nous considérons avoir atteint les trois objectifs initialement établis pour cette visite. Dès maintenant, nous poursuivons les efforts pour agir sur les zones d'amélioration identifiées, pour

consolider les acquis et forces actuelles, tout en nous préparant pour les visites à venir.

La direction générale tient à féliciter tous les gestionnaires, employés, médecins, chercheurs, usagers et bénévoles pour leur implication dans cette démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services des usagers. De plus, nous souhaitons remercier l'équipe de direction et la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP), qui a coordonné avec brio cette démarche d'envergure, qui servira d'intrant pour poursuivre notre d'amélioration continue.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles

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 le chapitre du manuel d'évaluation dans lequel il se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	· Manuel d'évaluation - Programme services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie 7.1.56 · Manuel d'évaluation - Programmes services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits) 2.1.60
Identification des usagers En partenariat avec les usagères et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usagère reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	· Manuel d'évaluation - Programme services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA) 8.1.73
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagères et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	· Manuel d'évaluation - Programme services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance 3.1.55 · Manuel d'évaluation - Programme services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique 2.1.73

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.	· Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance 3.1.70
Prévention du suicide Les usagères sont évaluées et suivies pour ce qui est du risque de suicide.	· Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance 3.1.67 · Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique 2.1.87

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

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

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux chapitres. 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.

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

POR Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 1 : Excellence des services		
1.3.1	La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.10	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 : Excellence des services

Les équipes du continuum jeunesse excellent à plusieurs niveaux dans l'atteinte de leurs normes de qualité. Elles sont à l'écoute des demandes de l'usager et n'hésitent pas à ajuster leur offre de services pour accommoder la clientèle. Plusieurs sondages permettent de récolter l'opinion de la clientèle et ils sont utilisés pour modeler l'offre de soins et de services aux besoins de la clientèle. L'établissement est encouragé dans cette perspective de poursuivre les travaux entamés pour inclure les usagers partenaires à différents niveaux de leurs trajectoires.

Les équipes de première ligne ont élaboré des partenariats solides avec les organismes communautaires et les centres de la petite enfance et contribuent à intervenir précocement et à atteindre les objectifs du plan d'intervention. Le projet Agir Tôt, qui sera déployé sous peu, viendra possiblement renforcer les équipes qui souffrent actuellement du manque de main-d'œuvre. Les intervenants compensent cette lacune en étant très agiles et versatiles sur le terrain.

Plusieurs initiatives innovantes ont permis d'améliorer les accès aux services. Le regroupement des orthophonistes, les cliniques du nourrisson, les cliniques 0-7 jours, Bébés Trucs et les cliniques d'allaitement sont quelques exemples qui démontrent l'engagement de l'établissement à donner des services de proximité et de qualité.

Les équipes ont développé des outils de surveillance pour les indicateurs de performance et de qualité

afin de mieux évaluer leurs services et établir les priorités d'action. Notons l'initiative de l'équipe de la direction du programme jeunesse qui a réalisé plusieurs GEMBA et qui a mis en place une salle de pilotage conjointement avec la direction de la protection de la jeunesse. Mentionnons également la créativité des équipes dans le développement de stations visuelles dynamiques et novatrices.

Les équipes ont mentionné à plusieurs reprises leur appréciation du soutien du personnel d'encadrement. Les appréciations de la contribution au rendement ne sont pas réalisées cependant à la même intensité selon les équipes, certaines n'ayant pas eu de rencontre depuis plusieurs années, principalement en centre hospitalier. L'établissement est invité à regarder les stratégies pour en assurer la réalisation.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 2 - Services de périnatalité et d'obstétrique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique	
2.1.22 Les usagères et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
2.1.24 L'équipe fournit de l'information aux usagères et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
2.1.29 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.	
2.1.72 Les politiques établies pour manipuler, entreposer, étiqueter et éliminer les médicaments et le lait maternel de façon sûre et sécuritaire sont suivies.	!
2.1.73 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagères et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. 2.1.73.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usagère, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. 2.1.73.2 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; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées. 2.1.73.3 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. 2.1.73.4 L'usagère, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usagère devrait prendre après son congé.	POR
2.1.87 Les usagères sont évaluées et suivies pour ce qui est du risque de suicide. 2.1.87.2 Le risque de suicide chez chaque usagère est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	POR

2.3.5	À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usagère pour préciser avec qui communiquer si elle a des questions relatives aux médicaments et à quel moment elle peut joindre cette personne.	
2.3.8	Les médicaments que les usagères s'administrent elles-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 : Services de périnatalité et d'obstétrique

La fierté et le dévouement du personnel d'encadrement et des membres de l'équipe sont bien sentis et se reflètent sur les bonnes pratiques et l'atteinte des normes qui ont été observées. Les corridors de services entre les différents services sont fonctionnels et bien connus. L'accès aux services de santé mentale lorsqu'une usagère n'est pas connue des services de première ligne reste à améliorer pour assurer la continuité des services.

L'équipe a développé plusieurs stratégies pour intégrer les usagers dans le développement des processus et leurs projets d'amélioration de la qualité. Toutes les usagères questionnées ont dit avoir été respectées dans leurs choix et leurs décisions et se sont dites très satisfaites des services reçus. Malgré ce haut taux de satisfaction, l'établissement est invité à faire mieux connaître les services du commissaire aux plaintes et à la qualité des services afin d'assurer que toute situation indésirable puisse être rapportée si c'est le souhait de l'usagère.

Les équipes ont pris l'orientation de maintenir les activités du programme AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux), et ce, malgré le manque de soutien financier. Cela témoigne de leur engagement à la sécurité des usagères et l'amélioration des pratiques. Les équipes sont fières de leurs accomplissements et des activités qui découlent de ce programme. Il serait souhaitable de poursuivre la collaboration afin de préserver les acquis et les initiatives en place. L'implantation de la version 2.0 de « Mon bébé et moi » qui découle des initiatives conjointes de l'hôpital Granby et de l'Hôpital Fleurimont démontre la force de l'harmonisation des pratiques. Elle compte parmi les bonnes pratiques qui favorisent la responsabilisation des parents et l'efficience des communications pour l'amélioration de la qualité des services.

Le modèle de cogestion et le partenariat médical sont bien établis et les équipes peuvent compter sur le soutien de leurs collègues médicaux autant pour les urgences que pour les activités d'amélioration de la qualité. Notons entre autres les différents comités de gestion mis en place pour assurer l'harmonisation des bonnes pratiques et la grande quantité de plans d'amélioration de la qualité en cours. L'établissement est invité à regarder l'ensemble des initiatives et plans d'action proposés afin de s'assurer que la capacité des équipes et l'engagement des parties prenantes restent au rendez-vous.

La pénurie de personnel et le recrutement restent des enjeux majeurs du secteur d'obstétrique et de périnatalité. Non seulement pour maintenir l'offre de service, mais aussi pour assurer le maintien des compétences et la possibilité de formation continue. La direction est encouragée à revoir les processus afin de s'assurer que la planification des formations répond aux besoins de la clientèle et du personnel dans la mesure possible.

Des mesures sont mises en place pour encourager et maintenir l'allaitement. Il est suggéré de poursuivre les travaux débutés pour encourager la pratique « peau à peau » en salle d'opération et en salle de réveil, et de continuer les travaux sur l'implantation des dix conditions pour toute la clientèle aux différents points de services.

Très belle collaboration entre les équipes de périnatalité, les groupes de médecine de famille (GMF) et la communauté pour soutenir les parents durant toute la trajectoire. Les modèles de cliniques prénatales assurent la continuité des services et l'établissement est invité à évaluer la possibilité d'harmoniser cette pratique sur tout le territoire.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 3 - Services de sage-femme et maisons de naissance

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 : Services de sage-femme et maisons de naissance	
3.1.21 L'équipe fournit de l'information aux usagères et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
3.1.55 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagères ou les clients et les familles pour un groupe cible d'usagères quand la gestion des médicaments est une composante des soins (ou quand le clinicien juge que la gestion des médicaments est appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments. 3.1.55.1 Les types d'usagères qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée. 3.1.55.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usagère, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et consigné au dossier. 3.1.55.3 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'usagère et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées. 3.1.55.4 Quand les divergences sont résolues, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'usagère ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.	POR
3.1.67 Les usagères sont évaluées et suivies pour ce qui est du risque de suicide. 3.1.67.2 Le risque de suicide chez chaque usagère est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	POR
3.1.70 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.	POR

3.1.70.2	Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagères, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.	
3.3.11	Chaque médicament est vérifié par rapport au profil pharmaceutique de l'usagère avant son administration.	!
3.3.12	Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 : Services de sage-femme et maisons de naissance

L'équipe de la maison de naissance porte une attention particulière aux besoins de sa clientèle et offre un service où l'usagère et sa famille sont au cœur des décisions. Soucieuses de la qualité et la sécurité de sa clientèle, les membres de l'équipe assurent le maintien de leurs compétences et collaborent aux activités de formation avec les partenaires externes. Un besoin de formation pour la prévention des chutes a été identifié pour assurer l'harmonisation des pratiques au sein de l'équipe.

Bien que la majorité des accouchements ont lieu en maison de naissance ou à domicile, sans complication, les ententes de consultation et de transferts assurent une continuité de services dans les cas où la situation nécessiterait des soins spécialisés. L'accès est rapide et la collaboration des médecins spécialistes est très appréciée. La communication des résultats à la suite d'une consultation nécessite régulièrement l'implication des archivistes du centre hospitalier. Malgré la grande efficacité de ce département, l'établissement est encouragé à regarder des pistes de solution plus simple pour assurer le transfert d'information.

Dans un souci de continuité des services et de réduction de la congestion aux services d'urgence, l'établissement est également invité à regarder les possibilités de faciliter l'accès aux médecins de famille lorsqu'une consultation est nécessaire et que les usagères sont orphelines.

L'équipe des sages-femmes a mis en place plusieurs stratégies pour assurer une bonne transition d'information aux points de transition et, dans une perspective d'amélioration continue, les équipes sont invitées à maintenir des rencontres régulières de suivi post-transferts avec les équipes médicales afin de mieux cibler les pistes d'amélioration et d'augmenter la connaissance des services de chacun.

Plusieurs initiatives de qualité ont été mises en place récemment, mais ne sont pas encore consolidées dans la pratique, notons l'implantation du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et la procédure

pour le comptage des aiguilles et des éponges. Ce sont des exemples qui démontrent la mobilisation des équipes pour l'atteinte des normes de sécurité. L'équipe est encouragée à poursuivre l'implantation de ces processus en s'assurant de bien arrimer les mesures à leur réalité afin que les usagères et les équipes puissent en bénéficier pleinement. Il en est de même pour l'implantation du dépistage systématique du risque suicidaire qui devrait faire partie de toute évaluation du bien-être de la clientèle.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 4 - Services pour jeunes en difficulté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 : Services pour jeunes en difficulté	
4.1.31 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 : Services pour jeunes en difficulté

Tous les services offerts dans les programmes visant les jeunes en difficulté et leurs familles sont très diversifiés, accessibles et visent l'excellence. La direction et les gestionnaires du secteur sont dédiés à offrir des services continus, efficaces et fluides.

Les services sont planifiés avec l'apport des usagers et de leurs familles, il est évident à tous les niveaux que l'établissement soutient et développe cette approche. Les partenaires communautaires sont aussi mis à contribution de manière organisée et structurée.

Des programmes qui donnent d'excellents résultats sont en place et sont très bien intégrés dans les diverses communautés, notons en exemple les programmes de prévention de la négligence.

Les approches cliniques sont basées sur les meilleures pratiques et sont dispensées en prévention pour soutenir les familles. Il sera important d'investir tous les efforts nécessaires afin d'optimiser et de consolider l'ensemble de ces services pour qu'ils soient offerts le plus tôt possible dans la vie des familles et avec l'intensité nécessaire permettant d'éviter la détérioration et les signalements. Un plan d'action sera réalisé en ce sens et doit être soutenu. Les initiatives novatrices et tous les efforts pour atteindre les clientèles vulnérables sont à poursuivre et à encourager.

Les objectifs et les indicateurs de résultats sont priorisés et suivis. L'implantation de la culture de mesure est en développement. Nous encourageons l'établissement à poursuivre en ce sens et nous leur suggérons de suivre de manière stratégique des indicateurs mesurables qui témoignent des résultats de manière concrète, et ce, sur toutes les stations visuelles.

La direction a implanté plusieurs moyens de soutien clinique permettant d'améliorer la qualité et la

sécurité pour les jeunes et leurs familles. Il sera important de consolider ces moyens.

Tous conviennent que la pénurie de certains titres d'emploi est un défi et que tous sont à l'œuvre pour en contrer les effets néfastes sur les services.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 5 - Services pour la protection de la jeunesse

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 5 : Services pour la protection de la jeunesse		
5.1.3	L'environnement physique où a lieu la prestation des services est sécuritaire, inclusif du point de vue culturel, confortable et conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
5.1.39	Tous les services que l'usager a reçus, y compris les modifications apportées au plan de services, sont consignés dans le dossier de l'usager.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 : Services pour la protection de la jeunesse

Tous les services offerts pour la protection de la jeunesse et encadrés par la loi semblent présents, accessibles et la qualité des pratiques cliniques est revue en continu. La direction, les gestionnaires et tous les intervenants du secteur sont dédiés à offrir des services respectant les délais et les approches prescrites. Les services sont planifiés avec l'apport des usagers et de leurs familles, il est évident à tous les niveaux que l'établissement soutient cette approche dans les limites des lois en vigueur.

La réalisation de plusieurs plans d'action a permis de structurer les chantiers et projets à venir. La réalisation des moyens contenus dans les plans d'action permettra de s'assurer de la sécurité et d'améliorer la qualité, la continuité et la fluidité des services.

Nous encourageons l'établissement à poursuivre le déploiement de toutes les actions planifiées dans les plans, à les ajuster en continu et à les préciser de plus en plus afin d'en bien mesurer les résultats.

L'approche de réadaptation dans les unités internes et à l'externe est remarquable, cette approche est un modèle à suivre. Le soutien psychologique aux jeunes est bien structuré et l'intensité est adéquate. Il ne faut pas perdre ces beaux acquis de qualité.

Il en est de même pour la maison qui accueille les mamans avec leur bébé ainsi que, lorsque possible, les papas (Villa Marie-Claire). Bien que peu de régions disposent d'une telle ressource, il est fantastique de voir les possibilités d'apprentissage des familles à bien prendre soin de leur enfant durant leur passage dans cette maison. C'est une excellente manière de prévenir les problèmes et de soutenir l'attachement.

Beaucoup d'autres activités sont présentes dans les unités, mentionnons notamment les programmes permettant aux jeunes de pratiquer un sport ou de planifier leur avenir comme la participation à certains projets comme « la friperie».

Les objectifs et les indicateurs de résultats sont priorisés et suivis. L'implantation de la culture de mesure est en développement. Comme pour les stations visuelles, il sera important de continuer à soutenir la direction de la protection de la jeunesse afin que le déploiement se poursuive et que les prochaines étapes de la gestion de la performance soient implantées.

Malgré les exigences des lois de protection au Québec, tous les intervenants et les usagers rencontrés témoignent qu'une approche positive reflétant les meilleures pratiques est en place. Cette approche qui est en implantation depuis quelques années permet que les interventions soient empreintes d'espoir et favorisent aussi la réadaptation. Nous encourageons la direction à poursuivre la consolidation des approches positives et à soutenir les intervenants avec tous les moyens disponibles de formation et d'encadrement clinique.

Nous soulignons l'importance de tous les moyens de soutien clinique mis en place et ceux à venir permettront d'assurer la qualité et la sécurité pour les jeunes et leurs familles.

Le système d'information clientèle est bien connu et normé (projet intégration jeunesse/PIJ), nous encourageons l'établissement à poursuivre les efforts afin de respecter les délais de production et de révision des plans d'intervention.

Nous notons l'importance pour l'établissement de poursuivre les projets d'amélioration de l'environnement physique des unités de réadaptation internes. Pour certaines unités, la désuétude pose des risques à la sécurité des jeunes et des employés. Nous savons que des plans sont élaborés et nous encourageons l'établissement à les mettre de l'avant rapidement.

Le défi de la pénurie de main d'œuvre est présent, et ce, de manière variable selon les différents réseaux locaux de services. Nous tenons à féliciter les gestionnaires qui ont mis en place des moyens novateurs pour y faire face.

Nous tenons à souligner le souci de la direction de s'assurer que le transfert de l'information aux différents points de transition entre les services permet la continuité, mais nous encourageons les équipes à travailler des projets précis et étendus à tout le territoire afin que la barrière des 18 ans ne soit pas un

obstacle à une bonne intégration dans la communauté dans le passage vers l'âge adulte.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 6 - Services pour la santé mentale en communauté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté	
6.1.42 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 6 : Services pour la santé mentale en communauté

Nous félicitons la direction et tous les membres du programme pour leur effort à impliquer les usagers et leurs proches, citons en exemple une usagère au comité de santé mentale jeunesse qui s'implique dans la planification des services.

Nous encourageons l'établissement à poursuivre le déploiement résultant des travaux pour la révision du guichet d'accès en santé mentale jeunesse.

Dans un effort constant de toujours demeurer fidèle aux meilleures pratiques, nous soutenons le déploiement des soins par étapes qui a débuté.

Il est aussi important de s'assurer que les jeunes de tout le territoire ont accès aux mêmes services selon leurs besoins dans les délais requis. Nous félicitons l'établissement pour certains continuums comme celui qui englobe tous les services offerts aux jeunes présentant des problèmes reliés à l'anxiété.

Afin de compléter le processus d'harmonisation des outils et des pratiques cliniques, nous encourageons l'établissement à poursuivre ses travaux notamment de réalisation et de diffusion d'outils cliniques standardisés et harmonisés, tel le guide sur les situations cliniques et étapes d'intervention.

Un aspect important de la qualité est la révision des continuums de services, nous comprenons que ce travail est en cours et nous encourageons l'établissement à poursuivre afin d'avoir des chaînes de valeur fluides entre la 1re, 2e et 3e ligne. Il sera aussi important que les outils d'évaluation, les plans et les outils de communication soient harmonisés, diffusés et utilisés.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 7 - Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 : Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	
7.1.56 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 7.1.56.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont elles ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins. 7.1.56.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: - 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; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - 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).	POR

Commentaires des visiteurs

Chapitre 7 : Services pour santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie

Les co-gestionnaires du programme de pédopsychiatrie sont impliqués, engagés, co-responsables et très bien structurés. Leur expérience solide se reflète sur la qualité indiscutable des soins et des services dispensés. Les pratiques sont à jour et visent le rétablissement. Tous les moyens thérapeutiques probants sont utilisés et permettent de réduire le recours à la médication.

Un effort constant et soutenu est très présent afin d’offrir le bon service au bon moment et d’impliquer les usagers et leurs proches.

Les lieux physiques bénéficieraient d'amélioration, mais les équipes sont engagées à bien planifier les futurs locaux du plan de construction du Centre mère-enfant et de l’urgence (CMEU) de l’Hôpital Fleurimont.

Bien que la gestion et la tenue de dossier soient très bonnes, nous suggérons à l'établissement de réviser la pratique de fragmentation des dossiers à l'unité de soins afin de s'assurer de la sécurité et de la continuité de l'information.

L'importance d'un plan d'intervention individualisé et d'un plan de service n'est plus à démontrer et nous encourageons les co-gestionnaires à poursuivre les efforts afin d'améliorer le taux de rédaction en temps opportun de ces plans en clinique externe.

L'harmonisation de l'accès aux services est à poursuivre afin que tous les jeunes qui requièrent un épisode de soins en pédopsychiatrie y aient accès de manière équitable sur le territoire de l'établissement.

Manuel d'évaluation - Programme-services jeunesse - Chapitre 8 - Services pour la procréation médicale assistée (PMA)

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 8 : Services pour la procréation médicale assistée (PMA)		
8.1.41	Les usagères sont informées au sujet des renseignements qui, aux termes de la loi ou d'autres exigences, doivent être recueillis, enregistrés et divulgués par la clinique.	
8.1.67	L'équipe fournit de l'information aux usagères et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
8.1.72	Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usagère est suivi lorsque les services sont fournis.	
8.1.73	En partenariat avec les usagères et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usagère reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 8.1.73.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usagère reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagères et les familles.	POR

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 : Services pour la procréation médicale assistée (PMA)

L'établissement compte sur une équipe dévouée et soucieuse de la qualité des soins. Les services sont accessibles avec très peu d'attente et les corridors de services avec les cliniques de fertilisation in vitro sont bien établis. L'équipe est centrée sur le bien-être et la sécurité de la clientèle, tout en optimisant l'autonomie de l'usagère et de sa famille dans la trajectoire de services.

L'équipe doit composer avec une clientèle qui présente un haut niveau d'anxiété et nous encourageons ses membres à développer des stratégies pour atténuer les facteurs de stress et ainsi contribuer à améliorer l'assimilation de l'information transmise et l'expérience vécue. L'équipe travaille en étroite collaboration avec les partenaires médicaux et assure une fluidité dans la trajectoire de services avec les autres équipes traitantes. Cependant, les équipes ont de la difficulté à accéder à des ressources pour le soutien psychosocial pour la clientèle plus vulnérable.

Le personnel fait preuve d'engagement et réalise les tâches avec beaucoup de respect et de bienveillance envers les usagers. Le contexte d'une petite équipe rend difficiles les opportunités de remplacement et de

formation continue. Dans cette perspective, l'établissement est invité à développer des stratégies pour assurer le maintien des compétences et des activités.

La clinique dispose de nouvelles installations physiques respectant les exigences de prévention des infections. Cependant, l'espace restreint limite l'offre de service et occasionne parfois des délais importants pour les usagers. Aussi le nombre limité d'équipements rend la situation précaire lors de bris, spécialement les échographes. L'établissement est encouragé à regarder les stratégies pour éviter les bris de services.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 : Excellence des services	
1.3.9 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 : Excellence des services

L'offre de services est bien définie en fonction des besoins de la clientèle. La contribution des usagers et des familles est présente. Les programmes en place ont été évalués et les points d'amélioration ont été identifiés et actualisés en collaboration avec les usagers et les différents partenaires. La présence d'équipes interdisciplinaires assure une offre de services répondant aux besoins de la clientèle. Des sondages réalisés auprès de la clientèle permettent de recueillir les éléments de satisfaction et d'amélioration à partir de l'expérience vécue par les usagers et leurs familles et des suggestions faites par eux.

Un comité hebdo-gestion a été mis en place afin d'assurer une communication fluide et efficace entre les gestionnaires de la direction. Nous soulignons la clarté de la salle de pilotage qui permet un suivi rapide des indicateurs liés aux ententes de gestion et des projets d'amélioration en cours dans la direction. Nous tenons également à souligner la préoccupation de l'équipe de direction à la santé psychologique de son personnel.

La présence d'une réelle co-gestion médicale permet une vision intégrée clinico-administrative. Notons le comité de coordination qui chapeaute dans une même perspective quatre grands chantiers sur la révision de l'offre des services externes de psychiatrie.

Les compétences du personnel sont fortement liées aux services dispensés. Des programmes de formation sont mis en place pour eux afin d'atteindre les objectifs des différents programmes. La gestion des risques est appliquée et prise au sérieux par des mécanismes de déclaration et de suivi.

Nous soulignons les instances mises en place comme les différents comités de concertation locale sur l'ensemble du territoire ainsi que le comité quatuor afin de maintenir des relations de collaboration en continu avec les différents partenaires de la communauté. La primauté de la personne est bien actualisée

à travers un plan d'action qui démontre l'importance accordée à cette orientation du Plan d'action en santé mentale (PASM).

Nous encourageons l'établissement à poursuivre le plan de développement clinique prévu pour les prochaines années, dont la mise en place d'une ressource intermédiaire en réadaptation dans la communauté, afin d'assurer une meilleure fluidité dans les trajectoires de services notamment par une diminution de la durée moyenne de séjour. De plus, nous encourageons également l'établissement à améliorer la dimension technologique afin qu'elle puisse supporter les interfaces des différents programmes cliniques.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 2 - Services de santé mentale (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)	
2.1.60 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 2.1.60.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé. 2.1.60.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	POR
2.1.65 Le plan de transition est consigné dans le dossier de l'usager.	
2.1.67 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.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 : Services de santé mentale (usagers inscrits)

Nous soulignons l'intégration de la santé mentale et de la dépendance à l'étape d'évaluation du Guichet d'accès en santé mentale adulte et dépendances (GASMAD) qui permet de bien adresser ces deux volets souvent présents de façon concomitante.

Nous soulignons la présence d'équipes interdisciplinaires bien structurées et bien coordonnées dans un souci de répondre efficacement aux besoins de la clientèle. Nous ne pouvons passer sous silence la rigueur au niveau de l'évaluation et du suivi du risque de suicide pour tous les programmes des usagers inscrits.

Nous soulignons la fluidité de la trajectoire de services en santé mentale. Nous avons noté un souci de bien suivre de façon continue les listes d'attente et d'adresser les solutions permettant de faire en sorte de les diminuer le plus possible.

De plus, des relances téléphoniques sont effectuées lorsque les usagers ne se présentent plus à leur suivi ou encore ne donnent pas suite à leur demande initiale.

La rencontre de plusieurs usagers inscrits dans différents services nous a permis de constater un haut niveau de satisfaction des services reçus. Ils nous ont témoigné avoir cheminé positivement grâce aux services ainsi qu'une grande appréciation du respect et du professionnalisme des intervenants.

Nous avons constaté des services bien adaptés aux besoins de la clientèle qui laissent également de la place à la créativité. À titre d'exemple, le « Mur de dévoilement » à l'hôpital, CLSC et centre d'hébergement d'Asbestos ou encore les différentes cliniques de psychiatrie externe portant sur des thématiques variées.

De façon générale, la contribution des usagers et de leurs familles est favorisée dans l'élaboration ou l'amélioration des services. Soulignons le fait que le programme Suivi intensif dans le milieu (SIM) a impliqué un usager dans la création et l'élaboration du «guide de savoir expérientiel» dans lequel l'expérience usager a été mise à profit.

Nous encourageons l'établissement à poursuivre le déploiement régional de l'outil standardisé de transmission d'informations « fiche de liaison » aux points de transition.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 3 - Services d'urgences psychiatriques

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 : Services d'urgences psychiatriques	
3.1.36 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 : Services d'urgences psychiatriques

Bien que le Service d'urgence de l'hôpital d'Asbestos soit une urgence de soins généraux, nous soulignons une gestion efficace des besoins de la clientèle en santé mentale qui s'y présente. Un corridor de service avec l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke est bien établi dans un souci de répondre rapidement et de façon sécuritaire aux besoins de la clientèle.

Une équipe psychosociale est disponible aux deux urgences, si nécessaire (Asbestos et Hôtel-Dieu de Sherbrooke).

Nous constatons l'enthousiasme du personnel à participer et collaborer à des projets de recherche. Il y a d'ailleurs un projet en cours actuellement dans chacune des deux urgences (Asbestos et Hôtel-Dieu de Sherbrooke).

Malgré la pression constante qui peut être présente dans ces deux secteurs, le respect, la prévention de la maltraitance et la civilité sont présents au niveau de la pratique.

Le personnel est formé pour assurer leur sécurité ainsi que celle de la clientèle.

Pour l'installation d'Asbestos, nous encourageons l'établissement à réaménager une salle d'observation assurant un environnement plus sécuritaire pour la clientèle.

Pour le secteur de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, nous soulignons la contribution d'un infirmier en évaluation avancée en santé mentale qui permet une fluidité et des liens entre l'urgence de soins généraux et celle de l'urgence psychiatrique tout comme avec les services externes et la communauté.

Nous avons observé une dynamique de grande collaboration entre les différents intervenants pour répondre de façon le plus sécuritaire possible dans un contexte d'urgence et de débordement.

Pour l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, nous encourageons l'établissement à poursuivre ses démarches pour informatiser le triage.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 4 - Services de santé mentale (usagers admis)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 : Services de santé mentale (usagers admis)	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 4 : Services de santé mentale (usagers admis)

Nous soulignons la présence d'une programmation clinique favorisant la réadaptation de la clientèle. Le tout s'actualise entre autres par une grande variété d'activités et d'ateliers disponibles et accessibles pour les usagers. De plus, nous constatons une volonté de contribuer à la déstigmatisation, notamment en offrant des environnements physiques accueillants, bien organisés et sécuritaires pour la clientèle.

Nous soulignons la rigueur de l'évaluation et du suivi du risque de suicide auprès de la clientèle. La famille est prise en considération dans le traitement de l'usager tout en respectant la volonté des usagers.

Nous soulignons les pratiques quotidiennes du code blanc sur les quarts de travail jour-soir-nuit à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke ce qui contribue grandement à favoriser une culture axée sur la sécurité tant pour le personnel que la clientèle.

Les durées moyennes de séjours sont suivies quotidiennement. Des rencontres sont tenues de façon statutaire tout comme de façon ponctuelle lors de situations de débordement afin de trouver des alternatives permettant d'optimiser la durée moyenne de séjour.

Nous soulignons l'importance accordée aux habiletés et intérêts de la personne dans son processus de rétablissement actualisé entre autres par une approche centrée sur les forces.

Nous soulignons que l'usager rencontré a exprimé sa grande satisfaction pour les services reçus.

Nous soulignons la participation de l'équipe du Centre Jean-Patrice Chiasson à un projet de recherche novateur en lien avec l'évaluation et un plan d'intervention personnalisé et individualisé « projet baromètre ».

Nous invitons l'établissement à poursuivre la standardisation et l'uniformisation des outils cliniques pour l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Nous invitons aussi l'établissement à continuer le déploiement régional de l'outil standardisé récemment adopté « fiche de liaison » aux points de transition.

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 5 - Services de dépendances (usagers inscrits)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 : Services de dépendances (usagers inscrits)	
5.1.75 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 : Services de dépendances (usagers inscrits)

Les programmes sont bien organisés et répondent aux besoins de la clientèle. De plus, les services sont accessibles partout sur le territoire. La trajectoire de services est claire sur l'ensemble du continuum incluant la référence vers les services internes.

Nous soulignons la mise en place des groupes « c'est un départ » dans le réseau local de service (RLS) de Sherbrooke qui a permis d'éliminer complètement la liste d'attente.

Nous remarquons la rigueur des intervenants au niveau de l'évaluation et du risque suicidaire. Un programme de formation est en place afin de s'assurer qu'ils ont les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle.

L'idée d'étendre le service jeunesse jusqu'à 21 ans démontre un grand souci clientèle en évitant ainsi de faire vivre aux jeunes un changement de programme et de devoir s'adapter à d'autres intervenants

Nous encourageons l'établissement à poursuivre l'intégration de la pratique d'audits pour l'hygiène des mains et de diffuser les résultats.

Nous sollicitons l'établissement à continuer à peaufiner la pratique du bilan comparatif des médicaments (BCM).

Manuel d'évaluation - Programmes-services santé mentale et dépendances - Chapitre 6 - Services de dépendances (usagers admis)

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 6 : Services de dépendances (usagers admis)		
6.1.50	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
6.1.51	Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	
6.1.67	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.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 6 : Services de dépendances (usagers admis)

La programmation clinique est en lien avec les besoins des usagers. L'offre de services est bien structurée. De plus, les usagers sont impliqués dans leurs soins. Ils communiquent leurs expériences et suggestions par des sondages. L'équipe tient compte des opinions et idées émises par les usagers pour ajuster et améliorer l'offre de services. De plus, l'implication de la famille est favorisée en respect de la volonté de l'usager concerné.

Nous soulignons la rigueur au niveau de l'évaluation et du suivi du risque de suicide. Les intervenants sont bien formés et à jour au niveau de leurs compétences. L'obtention du consentement aux soins est demandée de façon systématique.

Il existe une belle collaboration interdisciplinaire afin d'assurer des services adaptés aux besoins des usagers. La proximité avec les services d'hébergement en santé mentale dans le même lieu favorise l'intégration de services et bonifie la compétence des intervenants sur la concomitance du fait de la proximité des deux expertises.

Nous soulignons la remise systématique d'une pochette de départ ce qui aide l'usager à bien connaître et utiliser les ressources dans la communauté en fonction de différents besoins.

Il existe des rencontres d'échanges et de concertation clinique afin d'assurer des interventions adaptées et concertées auprès des usagers. Nous soulignons l'importance d'apporter du soutien clinique de façon régulière à l'équipe.

Nous encourageons l'établissement à implanter un processus structuré sur l'évaluation du risque de chutes.

Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.