AGRÉMENT CANADA

Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Sherbrooke, QC

Dates de la visite d'agrément : 16 au 21 juin 2013

Date de production du rapport : 27 août 2013

ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé

Agréé par l'ISQua

Au sujet du rapport

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en juin 2013. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

© Agrément Canada 2013

Un mot de la présidente-directrice générale d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,

Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	17
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	19
3.0 Résultats détaillés de la visite	22
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	23
3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services	23
3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance	25
3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources	26
3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain	27
3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	29
3.1.6 Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	31
3.1.7 Processus prioritaire : Communication	32
3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique	33
3.1.9 Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	34
3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients	36
3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	37
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	39
3.2.1 Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels	40
3.2.2 Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang	41
3.2.3 Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus	44
3.2.4 Ensemble de normes : Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés)	47
3.2.5 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	50
3.2.6 Ensemble de normes : Normes de gestion des médicaments	54
3.2.7 Ensemble de normes : Normes sur le don d'organes de donneurs vivants	56
3.2.8 Ensemble de normes : Prévention des infections	59
3.2.9 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique	62
3.2.10 Ensemble de normes : Services d'obstétrique	66

3.2.11 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux	70
3.2.12 Ensemble de normes : Services de médecine	72
3.2.13 Ensemble de normes : Services de santé mentale	75
3.2.14 Ensemble de normes : Services de soins intensifs	78
3.2.15 Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie	81
3.2.16 Ensemble de normes : Services des urgences	85
3.2.17 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	89
3.2.18 Ensemble de normes : Télésanté	92
3.2.19 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	94
4.0 Résultats des outils d'évaluation	99
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	99
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	103
4.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	105
4.4 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'usager	107
5.0 Commentaires de l'organisme	108
Annexe A Programme Qmentum	109
Annexe B Processus prioritaires	110

Section 1 Sommaire

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

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

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

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 16 au 21 juin 2013**

- **Emplacements**

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

  1 Bureaux administratifs Edifice Murray
  2 Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Hôpital Fleurimont
  3 Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Hôtel-Dieu

- **Normes**

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

  Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

  1 Normes sur le leadership
  2 Normes sur la gouvernance

  Normes sur l'excellence des services

  3 Normes de gestion des médicaments
  4 Services de traitement du cancer et d'oncologie
  5 Normes relatives aux salles d'opération
  6 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables
  7 Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés)
  8 Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus
  9 Services de chirurgie
  10 Services de soins intensifs
  11 Services des urgences
  12 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
  13 Prévention des infections
  14 Soins ambulatoires
  15 Services de laboratoires biomédicaux
  16 Services d'imagerie diagnostique
  17 Laboratoires et banques de sang
  18 Services de médecine
  19 Services de santé mentale

20 Banques de sang et services transfusionnels
21 Télésanté
22 Normes sur le don d'organes de donneurs vivants
23 Services d'obstétrique

- **Outils**

  L'organisme a utilisé les outils suivants :

  1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance
  2 Sondage sur la culture de sécurité des patients
  3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
  4 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'usager

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	64	4	0	68
Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	104	4	2	110
Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	596	92	17	705
Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	156	8	5	169
Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	264	14	8	286
Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	65	2	3	70
Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	904	143	20	1067
Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	89	8	1	98
Total	**2242**	**275**	**56**	**2573**

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur la gouvernance	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	34 (100,0%)	0 (0,0%)	0	78 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Normes sur le leadership	42 (91,3%)	4 (8,7%)	0	78 (92,9%)	6 (7,1%)	1	120 (92,3%)	10 (7,7%)	1
Services d'imagerie diagnostique	52 (77,6%)	15 (22,4%)	0	51 (83,6%)	10 (16,4%)	0	103 (80,5%)	25 (19,5%)	0
Services d'obstétrique	59 (96,7%)	2 (3,3%)	2	74 (98,7%)	1 (1,3%)	0	133 (97,8%)	3 (2,2%)	2
Prévention des infections	38 (74,5%)	13 (25,5%)	2	40 (93,0%)	3 (7,0%)	1	78 (83,0%)	16 (17,0%)	3
Banques de sang et services transfusionnels	35 (100,0%)	0 (0,0%)	15	15 (100,0%)	0 (0,0%)	6	50 (100,0%)	0 (0,0%)	21
Laboratoires et banques de sang	75 (92,6%)	6 (7,4%)	0	81 (85,3%)	14 (14,7%)	0	156 (88,6%)	20 (11,4%)	0
Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus	54 (91,5%)	5 (8,5%)	0	72 (90,0%)	8 (10,0%)	0	126 (90,6%)	13 (9,4%)	0
Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés)	34 (97,1%)	1 (2,9%)	0	64 (81,0%)	15 (19,0%)	1	98 (86,0%)	16 (14,0%)	1

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	22 (57,9%)	16 (42,1%)	0	20 (43,5%)	26 (56,5%)	2	42 (50,0%)	42 (50,0%)	2
Normes de gestion des médicaments	73 (96,1%)	3 (3,9%)	0	47 (90,4%)	5 (9,6%)	0	120 (93,8%)	8 (6,3%)	0
Normes relatives aux salles d'opération	56 (81,2%)	13 (18,8%)	0	26 (86,7%)	4 (13,3%)	0	82 (82,8%)	17 (17,2%)	0
Normes sur le don d'organes de donneurs vivants	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	70 (92,1%)	6 (7,9%)	0	109 (94,0%)	7 (6,0%)	0
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	36 (92,3%)	3 (7,7%)	1	54 (94,7%)	3 (5,3%)	2	90 (93,8%)	6 (6,3%)	3
Services de chirurgie	27 (90,0%)	3 (10,0%)	0	60 (92,3%)	5 (7,7%)	0	87 (91,6%)	8 (8,4%)	0
Services de laboratoires biomédicaux	9 (56,3%)	7 (43,8%)	0	32 (88,9%)	4 (11,1%)	0	41 (78,8%)	11 (21,2%)	0
Services de médecine	25 (92,6%)	2 (7,4%)	0	61 (91,0%)	6 (9,0%)	2	86 (91,5%)	8 (8,5%)	2
Services de santé mentale	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (98,6%)	1 (1,4%)	0	101 (99,0%)	1 (1,0%)	0
Services de soins intensifs	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0	89 (98,9%)	1 (1,1%)	3	118 (98,3%)	2 (1,7%)	3
Services de traitement du cancer et d'oncologie	25 (86,2%)	4 (13,8%)	0	67 (91,8%)	6 (8,2%)	1	92 (90,2%)	10 (9,8%)	1
Services des urgences	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	92 (96,8%)	3 (3,2%)	0	123 (97,6%)	3 (2,4%)	0
Soins ambulatoires	33 (100,0%)	0 (0,0%)	5	71 (100,0%)	0 (0,0%)	4	104 (100,0%)	0 (0,0%)	9

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Télésanté	20 (71,4%)	8 (28,6%)	2	32 (100,0%)	0 (0,0%)	5	52 (86,7%)	8 (13,3%)	7
Total	**889 (89,3%)**	107 (10,7%)	27	1300 (91,1%)	127 (8,9%)	28	2189 (90,3%)	234 (9,7%)	55

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Abréviations dangereuses (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de chirurgie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de santé mentale)	Non Conforme	1 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services des urgences)	Non Conforme	1 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 2
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de chirurgie)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de médecine)	Non Conforme	1 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de santé mentale)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de soins intensifs)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle (Normes sur le leadership)	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de chirurgie)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Liste de contrôle d'une chirurgie (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes sur le don d'organes de donneurs vivants)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de chirurgie)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Concentrations de médicaments (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes relatives aux salles d'opération)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Sécurité liée à l'héparine (Normes de gestion des médicaments)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Non Conforme	1 sur 2	0 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de stérilisation (Prévention des infections)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 1
Programme de gérance des antimicrobiens (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vérification de l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de chirurgie)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Services de santé mentale)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services de santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Non Conforme	1 sur 2	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Normes sur le don d'organes de donneurs vivants)	Non Conforme	1 sur 2	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de chirurgie)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de soins intensifs)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 2

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le conseil d'administration
Le conseil d'administration est mature. La qualité de l'information reçue par le C.A. permet de prendre de bonnes décisions. Les nouveaux membres sont en processus d'intégration et sont mobilisés, donc ils se sont engagés rapidement. Le fonctionnement par comités répond aux attentes. Le C.A. est préoccupé par la planification des services, le bien-être de son personnel, l'allocation et l'utilisation judicieuse des ressources, de même par les aspects reliés à la qualité, à la sécurité et l'accessibilité. Il a participé à l'exercice de planification stratégique 2012-2015.

La communauté et les partenariats établis avec celle-ci
Le Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) est un partenaire de la municipalité pour Ville en santé. Les hauts dirigeants sont impliqués à la Chambre de commerce.

L'offre de soins et services pour les Estriens passe par la régionalisation. Cette régionalisation entraîne des mécanismes de coordination et de continuité avec les différents réseaux locaux de services. La région est fière d'offrir l'ensemble des soins et de services à sa population locale, régionale et suprarégionale.

L'étroite collaboration entre le CHUS et la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke est reconnue et ce partenariat permet une optimisation des missions. De plus, la table du RUIS permet de réunir des partenaires de 5 régions au Québec

La direction
L'équipe de direction a le vent dans les voiles. Les structures administratives sont bien en place. Il y a un nombre important de projets en cours et cela à différentes étapes, dont l'élaboration, l'évaluation et l'exécution. Les risques reliés à l'obtention des résultats attendus sont élevés compte tenu des différentes obligations à rencontrer, des opportunités et des imprévus qui peuvent se présenter. Il serait important de prendre le temps de prioriser les futures actions et le défi est de maintenir le client au centre de ces préoccupations. On note certaines zones grises de responsabilité et d'imputabilité en lien avec la gestion des risques.

La dotation en personnel et la qualité de vie au travail
La structure de la direction des ressources humaines et de l'enseignement permet de satisfaire les besoins en dotation en personnel avec les nombreux outils à leurs dispositions notamment par les plans prévisionnels des effectifs, par des études de vulnérabilité des principaux titres d'emplois, par des entrevues et des questionnaires. Les employés bénéficient d'une période d'accueil et de probation. Un plan de développement des ressources humaines est disponible annuellement et les formations offertes sont très variées. L'excellence du personnel est une valeur recherchée. Pour cela, la qualité de vie au travail, la santé et la sécurité de même que la conciliation travail-famille demeurent une préoccupation constante. Beaucoup d'investissements en lien avec la sécurité chez le personnel, depuis la dernière visite ont été notés. Les critères de rétention sont souvent plus importants que ceux de l'attraction. Depuis la dernière visite d'Agrément Canada, les mécanismes d'appréciation du rendement ne sont toujours pas en place ni systématisés.

La prestation des soins et services
Le CHUS est un centre de référence et offre des soins et services à portée nationale. Le personnel est dévoué et à jour. Le CHUS bénéficie d'équipements de pointe. Les services de laboratoires sont facilement accessibles. Le plateau technique de l'imagerie offre une grande diversité d'examens et d'interventions. L'intégration des bonnes pratiques transversales comme la prévention des infections et la gestion des médicaments, par exemple, n'est pas toujours réalisée. Une philosophie doit être développée à cet égard. Il y a plusieurs protocoles et procédures disponibles, mais ils sont sous-utilisés.

La satisfaction des clients
Les usagers sont de plus en plus au fait de leurs droits et responsabilités. Ils veulent participer à leurs soins; certains usagers rencontrés sont heureux de le faire. Les usagers et leurs familles sont aussi au fait des risques inhérents à une intervention et à une hospitalisation, donc ils observent et s'assurent de la qualité et surtout de la sécurité des soins et des services qui leur sont offerts. Le concept patient-partenaire demeure à développer quant à l'information reçue par les clients, le développement d'outils pour l'aide à la décision et finalement pour un libre consentement éclairé

Les derniers sondages portant sur le niveau de satisfaction des usagers confirment que ce dernier est élevé. De même, lors des entrevues réalisées, les usagers sont satisfaits des soins reçus. Le comité des usagers a participé à l'exercice de planification stratégique 2012-2015. Le comité des usagers est en place depuis 2006; il a atteint un niveau de maturité impressionnant avec des membres ayant des expériences et vécus différents. Le comité des usagers exerce un rôle de partenariat avec la direction et remplit bien sa mission d'assistance et d'accompagnement avec plus de 200 interventions. Le comité a déposé son plan d'action triennal 2013-2016.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	· Services d'imagerie diagnostique 15.7 · Services de traitement du cancer et d'oncologie 15.4
Transfert de l'information L'équipe transmet efficacement les renseignements d'un prestataire de services à l'autre aux points de transition.	· Services de chirurgie 11.5 · Services des urgences 11.8
Bilan comparatif des médicaments à l'admission L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant au début des services quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif devrait être effectué périodiquement selon ce qui est approprié pour le client ou la population qui reçoit les services.	· Services d'obstétrique 9.5 · Services de traitement du cancer et d'oncologie 7.5 · Services de santé mentale 7.6 · Services des urgences 8.3 · Soins ambulatoires 8.3
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	· Services d'obstétrique 12.3 · Services de traitement du cancer et d'oncologie 11.3 · Services de médecine 11.3 · Services de santé mentale 11.3 · Services de chirurgie 11.4 · Services des urgences 11.5 · Soins ambulatoires 12.2 · Services de soins intensifs 12.5

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
Deux identificateurs de client L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.	· Services d'imagerie diagnostique 11.4 · Services de chirurgie 7.12 · Services de traitement du cancer et d'oncologie 9.8
Liste de contrôle d'une chirurgie L'équipe utilise une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale.	· Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus 13.1 · Normes sur le don d'organes de donneurs vivants 13.2
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle L'organisme établit le bilan comparatif des médicaments des usagers à l'admission, ainsi qu'au moment du transfert ou du congé.	· Normes sur le leadership 15.7
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
Formation sur les pompes à perfusion Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	· Services d'obstétrique 4.5 · Normes relatives aux salles d'opération 2.3 · Services de chirurgie 4.4 · Services de soins intensifs 4.4
Sécurité liée à l'héparine L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits à l'héparine et retire les formats à dose élevée.	· Normes de gestion des médicaments 3.5
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Plan de sécurité des patients L'organisme élabore et met en oeuvre un plan sur la sécurité des usagers.	· Normes sur le leadership 15.1
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
Processus de stérilisation L'organisme examine, et le cas échéant, améliore ses processus de retraitement de l'équipement.	· Prévention des infections 12.22

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes	
Stratégie de prévention des chutes L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	· Services d'imagerie diagnostique 15.6 · Services d'obstétrique 18.2 · Services de traitement du cancer et d'oncologie 15.2 · Services de chirurgie 15.2 · Services de médecine 15.2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.	· Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus 12.1 · Normes sur le don d'organes de donneurs vivants 13.1 · Services de traitement du cancer et d'oncologie 7.3 · Services de médecine 7.4 · Services de soins intensifs 7.5 · Services de chirurgie 7.7

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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

!	Critère à priorité élevée
POR	Pratique organisationnelle requise
PRINCIPAL	Test principal de conformité aux POR
SECONDAIRE	Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership		
6.1	Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore des plans opérationnels annuels pour appuyer l'atteinte des plans stratégiques ainsi que des buts et objectifs, et pour orienter les activités quotidiennes.	!
6.2	Au moment d'élaborer les plans opérationnels, le personnel d'encadrement de l'organisme obtient les commentaires du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et d'autres partenaires, et communique les plans à l'échelle de l'organisme.	
6.3	Les plans organisationnels déterminent les ressources, les systèmes et les infrastructures nécessaires pour offrir les services et atteindre le plan, les buts et les objectifs stratégiques.	

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

Un exercice de planification stratégique a été fait pour 2012-2015. L'exercice s'est réalisé à l'intérieur d'une période de 4 mois et s'intitule : Vers un CHUS plus performant et inspirant à dimension humaine.

La planification est présentée sous forme de carte avec 4 routes : route de l'accessibilité, route de la qualité, route de la compétence et route de la performance. Des affiches sont visibles partout à travers l'organisation.

Le CHU de Sherbrooke offre des services de première et de deuxième ligne à la population locale de son territoire. Il offre des soins spécialisés et ultraspécialisés à la région de l'Estrie et de la Montérégie. Son territoire élargi est estimé à 1M d'habitants. La planification de l'offre de soins et de services est faite en collaboration avec les partenaires du territoire. Le volet régionalisation et autosuffisance est important pour les Estriens, de même que l'accessibilité; lors de la rencontre avec les partenaires est ressortie une allégorie : nous sommes partis d'une course à relais à une course en peloton! Le CHUS couvre l'ensemble des groupes d'âge et porte une attention particulière aux 0-18 ans. Des investissements et des constructions sont en cours notamment pour un Centre femme-jeunesse-famille et aux 65 ans et plus par l'appropriation de l'approche gériatrique.

Pour s'assurer de l'atteinte des résultats, deux directeurs sont responsables d'une route. Pour chacune des routes, 3 indicateurs sont identifiés et un suivi rigoureux sera fait toutes les deux semaines par l'équipe de direction. L'objectif est de s'assurer que les actions entreprises sont les bonnes et qu'elles impactent positivement les résultats attendus.

Le CHUS met en oeuvre un processus pour gérer les changements, mais il semble parfois que la vision est quelques fois à très court terme selon les services.

Par ailleurs, toutes les directions et tous les services ont des plans opérationnels pour l'actualisation de la planification.

Le CHU est un bon citoyen à Sherbrooke et participe au projet de Ville en santé. De cette activité découlent des interventions de santé publique qui améliore la qualité de vie et l'état de santé de la population.

3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance

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

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

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

Les liens très étroits qui unissent le CHUS et la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke sont à souligner. Ce tandem est essentiel pour la réalisation des missions du CHUS et sûrement un avantage apprécié de part et d'autre.

Le Conseil d'administration (C.A.) est composé selon LSSSS et les règlements en vigueur. Le Règlement numéro 1 sur les Règlements généraux du conseil d'administration est à jour depuis septembre 2012.

Tous les nouveaux membres, donc 100%, ont été bien intégrés. Ils ont pu bénéficier d'entretiens privés avec le président du conseil d'administration et la directrice générale. Il y a aussi des ateliers d'information préconseil qui sont offerts sur des thèmes bien précis. Le C.A. a accepté le cadre conceptuel d'éthique récemment déposé et s'en sert dans ses prises de décisions. Le C.A. a plusieurs sous-comités tous très fonctionnels et actifs. Tous disposent de l'information requise et à temps opportun pour bien remplir ses obligations. Le tableau de bord de l'organisme répond aussi aux besoins d'information; il est très visuel malgré le nombre d'indicateurs documentés.

Le CA s'est impliqué dans l'exercice de planification stratégique 2012-2015 : Vers un CHUS plus performant et inspirant à dimension humaine et les membres en sont très fiers. Par ailleurs, les plans organisationnels pour son actualisation sont de qualité ou de précisions inégales selon les secteurs.

Les membres du C.A. travaillent en étroite collaboration avec l'équipe de la haute direction et il y a un lien de confiance très fort où les discussions sont transparentes.

Le processus de nomination, d'évaluation et du plan de relève du DG se font selon les procédures en vigueur.

Quant au volet financier, le CHUS présente des états financiers équilibrés depuis de très nombreuses années. L'excellent travail fait à ce niveau par l'ensemble des gestionnaires est à souligner. La documentation sur les différentes enveloppes budgétaires est adéquate et détaillée. Lors de la prise de décision soit financière ou autre; les promoteurs doivent compléter une fiche : Fiche de présentation de dossier pour recommandation au CA/CD (Comité de direction). Pour faciliter l'analyse, les impacts sont regroupés comme suit : processus, pratiques, ressources et patient. Le promoteur doit aussi identifier les risques associés à la décision sur la sécurité des patients, réputation, non-conformité, ressources humaines et financiers.

Le comité de gestion des risques et le comité de vigilance se disent très confortables quant à leur fonctionnement; ils ont l'information nécessaire et font des recommandations au C.A., lorsqu'elles sont nécessaires. La gestion de la qualité est bien intégrée.

Le C.A. évalue son rendement annuellement et des journées de retraite sont organisées. Le CHUS bénéficie d'une direction des communications très bien structurée et l'information du C.A. est disponible par les rapports annuels de même sur le Web et les autres médias.

L'aspect régionalisation est important et le CHUS est un acteur clé tant en santé que dans la municipalité.

3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

La direction des services ressources financières et des services techniques est composée d'une équipe mature et compétente. La priorisation des dossiers se réalise comme suit : la planification stratégique « portefeuille de projets », allocation des ressources « marge de manœuvre ». Le cycle de planification budgétaire est éprouvé et débute habituellement en décembre.

La direction est fière de compléter le cycle dans les délais prescrits. Le processus de suivi budgétaire est efficace; les résultats des périodes sont connus dans les cinq jours suivant sa fermeture.

L'équipe de direction est donc capable de réagir assez rapidement en présence d'écarts. Le CHUS termine ses exercices financiers en équilibre depuis de très nombreuses années.

Le comité de vérification est actif et les procès-verbaux disponibles démontrent l'excellence de leur travail. Dans cette même perspective, le CHUS a reçu une note parfaite pour l'année 2012-2013 de la part des vérificateurs externes.
Dans un contexte, où la culture de la mesure est de plus en plus intégrée de même que la recherche de la performance, il est parfois nécessaire de réallouer les ressources pour mieux répondre aux besoins de la population. Pour s'assurer de prendre les bonnes décisions, elles sont prises selon quatre vecteurs : le processus, les pratiques, les ressources et le patient.

La gestion des fonds d'immobilisation, le maintien des actifs et le plan directeur ont été validés. Les travaux de réaménagements récemment réalisés sont dignes de mention notamment à la buanderie, à l'approvisionnement et à la cafétéria au pavillon Fleurimont.

3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership		
10.10	Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre des politiques et des procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel et qui sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	!
10.12	Le personnel d'encadrement de l'organisme mène des entrevues de départ et utilise cette information pour améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	

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

D'entrée de jeu, il est intéressant de mentionner que le nouveau directeur des ressources humaines est aussi directeur de l'enseignement, il est donc DRHE. Cette nouvelle fonction très intéressante, car le CHUS voit circuler à l'intérieur de ses murs près de 2000 stagiaires par année. L'opportunité d'être un milieu de stage, compte tenu de la communauté hospitalo-facultaire met à la disponibilité du CHU un bassin inouï de professionnels pour le recrutement.

La DRHE fait depuis plusieurs années des Plans prévisionnels d'effectifs et connaît donc ses zones de vulnérabilité de ses principaux titres d'emploi.

Dans un effort de recrutement et de rétention, la DRHE est préoccupée d'offrir à son personnel une qualité de vie au travail et une conciliation du travail-famille.

Lors de l'exercice de planification stratégique 2012-2015; la haute direction souhaite donner la parole à ses employés et leur donner plus de responsabilités. Ainsi, les employés seront de plus en plus impliqués. De là, l'importance d'une bonne communication et donc de la présence soutenue des gestionnaires auprès de leurs employés par du temps protégé.

Pour la réalisation de ce dernier objectif, le personnel d'encadrement bénéficie d'activités améliorant les conditions d'exercice Gestion-Performance-Sens (GPS). Aussi, il existe un comité de développement du personnel d'encadrement ainsi qu'un programme de développement des compétences et de relève permettant aux cadres et aux employés d'assurer des fonctions de gestion. Bien que l'on procède, dans la majorité des cas à l'évaluation pour la période d'essai et de probation, il reste maintenant à déployer aux autres employés l'appréciation du rendement et la préparation de la relève.

Entre temps, l'ensemble des employés a accès à des formations en lien avec les orientations organisationnelles, les développements professionnels et la sécurité.

Le comité Santé Sécurité est actif; par exemple lors de l'ouverture de la nouvelle buanderie certaines zones à risques élevés ont été clôturées et cadenassées pour en restreindre la circulation. De même, à la suite de l'analyse de plusieurs rapports d'accidents/incidents survenus à la salle d'urgence impliquant des actes de violence des usagers envers le personnel infirmier, il y a eu une révision de la politique favorisant un climat

de travail sain : prévenir et contrer le harcèlement psychologique et la violence au travail. Cette nouvelle politique est conforme à nos attentes. Mais, ce qui est très intéressant c'est qu'elle est accompagnée d'une vaste campagne de sensibilisation et de promotion auprès de la clientèle et du personnel.

3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership		
15.1	L'organisme élabore et met en oeuvre un plan sur la sécurité des usagers.	POR
15.1.2	L'organisme dispose d'un plan qui permet de s'occuper des problèmes de sécurité des usagers qu'il a cernés.	**SECONDAIRE**
15.1.3	Le plan comprend la sécurité des usagers par écrit, sous forme de priorité ou de but stratégique.	**PRINCIPAL**
15.1.4	L'organisme attribue les ressources nécessaires pour favoriser la mise en oeuvre du plan sur la sécurité des usagers.	**SECONDAIRE**
15.7	L'organisme établit le bilan comparatif des médicaments des usagers à l'admission, ainsi qu'au moment du transfert ou du congé.	POR
15.7.2	L'établissement du bilan comparatif des médicaments est instauré dans un secteur de prestation de services au moment du transfert ou du congé.	**PRINCIPAL**

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

La démarche qualité structurée et intégrée du CHU s'inspire d'un modèle intégrateur de la qualité reconnu par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Le cadre de référence repose sur les dimensions de sécurité, de continuité, d'efficacité et d'une approche attentive. La gestion intégrée de la qualité est une priorité pour l'organisation au point de l'inscrire au plan stratégique de l'organisation. À partir de ces orientations un Conseil qualité a été créé il y a 2 ans, dont la représentativité est assurée par un représentant pour chacune des 21 équipes qualités des programmes clientèle.

La notion sécurité s'inscrit dans la route qualité du plan stratégique 2012-2015. Cependant, il n'existe pas de plan de sécurité global pour l'établissement. Toutefois, chacune des équipes rencontrées est en mesure d'affirmer bien connaître les risques chez leur clientèle respective sans pour autant les gérer dans une approche intégrée.

Bien que les équipes d'amélioration continue de la qualité aient pour la plupart poursuivi leurs travaux avec la préparation de la visite d'agrément, les professionnels, médecins et employés rencontrés témoignent d'un niveau élevé de préoccupation pour la qualité et la sécurité des soins et des services, pour l'amélioration de la réponse aux besoins de la clientèle et pour l'intégration des meilleures pratiques fondées sur des évidences scientifiques.

Le nombre de déclaration d'incidents et accidents évités de justesse a augmenté au cours des deux dernières années. Cette hausse témoigne de la culture de déclaration présente dans l'organisation initiée et encouragée par le dynamisme du comité de gestion des risques. Certains gestionnaires rencontrés ont affirmé leur inconfort à faire une analyse efficace des événements et mettre en place des pistes de solutions durables. Un besoin de formation à cet égard est souhaité ainsi que pour les assistantes-infirmières-chef.

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission et au moment du transfert a été instauré au service des urgences et au service de la santé mentale. Le processus est complété que chez 50 % de la clientèle en raison d'une couverture insuffisante des ressources affectées à la tâche.

La direction est encouragée à se doter d'un plan de sécurité global pour l'ensemble de l'organisme et à inscrire sa surveillance dans ses objectifs stratégiques.

L'organisation est encouragée à former ses gestionnaires et les assistantes-infirmières-chefs en matière d'analyse, de diagnostic d'événements indésirables et d'élaboration pour des plans d'action efficaces. L'établissement est encouragé à tout mettre en œuvre afin que le bilan comparatif des médicaments soit implanté au complet, dans tous les secteurs de soins pour tous les usagers.

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

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

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

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

Le CHU de Sherbrooke a continué à utiliser et améliorer ses outils normatifs pour la prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes éthiques.

Entre autres, des politiques existent comme les Codes d'éthique et déontologies pour les membres du C.A. datant de décembre 2010, la Politique de gestion et de conflits d'intérêts et le formulaire de déclaration de conflits d'intérêts datant de décembre 2008. Le Code d'éthique, révisé en mars 2010, couvre différents aspects notamment sur la discrétion et la confidentialité, sur le respect et la dignité, sur la qualité et la sécurité des soins et services, sur la continuité des soins et des services, sur la préservation de l'autonomie, sur la participation du patient aux décisions qui le concernent, sur l'accessibilité à l'information, sur la liberté d'expression, sur un environnement propre, calme et sécuritaire.

En 2010, le CHUS possédait plusieurs outils pour une prise de décisions basés sur des principes éthiques, mais ils n’étaient pas intégrés. Donc, l'organisation a travaillé à l'élaboration d'un cadre conceptuel en éthique. Lors de l'exercice de planification stratégique 2012-2015 et du positionnement de la direction quant au style de leadership recherché, soit le modèle LEADS, les principaux acteurs du comité de bioéthique du CMDP ont implanté une démarche d'organisation favorisant le développement d'une culture où l'éthique peut prendre une place croissante et peut se vivre au quotidien; l'approche dialogique est préconisée. Cette approche fait appel à tous les professionnels et vise à instaurer un espace pour réfléchir et échanger sur les enjeux éthiques et les gestes à poser. En fait, la prestation de soins et la prise de décisions basées sur des principes éthiques sont diffusées à travers l'organisation et soutenues par la table de concertation qui a été mise en place ce printemps. Cette table aura ses premières rencontres en septembre 2013. La table de concertation favorise l'implication de chacun des professionnels, et valorise l'interdisciplinarité. Le comité de bioéthique est intervenu auprès de professionnels confrontés à des dilemmes de fin de vie, entre autres. Quelques autres situations ont aussi été reportées.

Le comité d'éthique de la recherche (CÉR) en santé chez l'humain est actif. Le comité est composé de 3 sous-comités qui se réunissent alternativement toutes les deux semaines. Le CÉR est perçu comme une ressource aidante par les chercheurs et au cours de l'année 2012-2013, deux cent trente projets de recherche ont été évalués. Les membres du CÉR ont pu assister à quelques activités de formation et conformément aux attentes du MSSS ont produit leur rapport annuel.

3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership		
11.1	Le personnel d'encadrement de l'organisme choisit et met en oeuvre des systèmes de gestion de l'information qui répondent aux besoins actuels de l'organisme, et qui permettent de prévoir les besoins futurs.	
11.5	Le personnel d'encadrement de l'organisme offre au personnel et aux prestataires de services l'accès en temps opportun à des données fondées sur la recherche et de l'information fondée sur les pratiques exemplaires et les meilleures pratiques.	!
11.6	Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue régulièrement la qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme, et améliore les systèmes d'information de celui-ci.	
Ensemble de normes : Télésanté		
11.1	L'organisme a recours à un processus de sélection des lignes directrices fondées sur des données probantes pour ses services de télésanté.	!
11.4	Les activités de recherche de l'équipe relatives aux services médicaux respectent les normes et les protocoles en vigueur en matière de recherche et d'éthique.	!

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

La direction des communications et son équipe déploient beaucoup d'effort au niveau du plan de communication et des outils au niveau des médias sociaux. L'équipe de télésanté est très dynamique et engagée. L'organisme doit renforcer la divulgation des incidents-accidents.

3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

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

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Un projet d'énergie durable est en processus de réalisation.

3.1.9 Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership		
14.4	Le personnel d'encadrement de l'organisme donne accès à une formation visant à appuyer le plan d'intervention pour tous les dangers en cas de sinistres ou d'urgences.	
14.5	Le personnel d'encadrement de l'organisme met régulièrement à l'essai les plans d'intervention pour tous les dangers en vue de sinistres ou d'urgences de l'organisme en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité de répondre à ces situations.	!

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

Ce qui est marquant au niveau de la gestion des mesures d'urgence est d'abord la restructuration du service de sécurité et stationnement qui a été faite au cours des deux dernières années. À cet égard, le service géré par une coordonnatrice locale de sécurité civile est soutenu par une équipe d'experts soucieux d'assurer la sécurité des usagers et du personnel ainsi que celles des biens et des bâtiments.

Le leadership exercé au cours de cette réorganisation a permis de positionner le comité des mesures d'urgence dans son entité et la clarification des rôles de tous les intervenants de l'interne et des partenaires du réseau.

Depuis, beaucoup de travail a été réalisé notamment au niveau de la révision du plan des mesures d'urgence, des protocoles d'intervention, des outils de coordination et de communication ainsi que des plans d'évacuation installés à des endroits stratégiques partout dans l'organisation. La participation du CHUS au projet de sécurité civile, soutenu par l'Agence, en gestion des risques de sinistres radio-oncologiques mérite d'être soulignée.

En 2011 et 2012, l'organisme a été exposé à 2 sinistres externes qui ont nécessité l'alerte d'un code orange. Le plan d'action en regard de ces événements a dû être révisé et des mesures ont été mises en place.

En ce qui concerne la prévention des incendies et les interventions en cas d'incendie, elles sont bien arrimées avec le service de sécurité civile de la municipalité. D'ailleurs, ceux-ci participent annuellement à plusieurs exercices d'évacuation dans différents services ambulatoires. Des recommandations à la suite de ces exercices ont été considérées lors de la mise à jour du plan de mesures d'urgence.

Tous les nouveaux employés reçoivent une formation de base sur les mesures d'urgence dans le cadre du programme d'accueil. Par ailleurs, seulement 30 % du personnel a participé à des séances de formation théorique de base entre autres sur les codes d'intervention. Cependant, une sensibilisation à grande échelle est faite pour tout le personnel dans le cadre de la semaine de prévention des incendies.

L'organisation est encouragée à poursuivre activement son plan d'action qui prévoit de déployer la formation sur les mesures d'urgence pour tous les types de codes d'urgence tant à son personnel d'encadrement qu'au personnel terrain. Un plan de communication à grande échelle dans la communauté doit être envisagé.

La direction responsable des mesures d'urgence et l'équipe du service de sécurité sont encouragées à poursuivre leurs efforts afin d'atteindre l'objectif de faire adhérer toute l'organisation à une vision sécurité.

3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération		
11.5	L'équipe de la salle d'opération communique avec les clients ou les prestataires de services de suivi pour aider à évaluer l'efficacité de la chirurgie et le transfert postchirurgical, et pour apporter des améliorations à ses services, s'il y a lieu.	!
Ensemble de normes : Services de chirurgie		
6.7	L'équipe a recours à une procédure normalisée pour la détermination des priorités et l'établissement de l'horaire des interventions non urgentes.	

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

Le cheminement des patients à l'intérieur du CHUS semble fluide. Le patient peut se présenter, en mode ambulant, à deux urgences soit l'Hôtel-Dieu et Fleurimont. Selon sa situation clinique, il pourrait être transféré dans l'autre site en fonction des soins et services qu'il doit recevoir. À l'intérieur du pavillon, le client peut accéder aux ressources professionnelles et aux plateaux techniques.

Depuis quelques années, il y a une meilleure articulation pour les transferts interétablissements soit pour une fin d'épisode de soins actifs ou pour un retour selon les références dans leurs centres d'origine. La directrice générale préside la table régionale de santé physique. Par ailleurs, dans un contexte de pénurie de personnel infirmier prévue pour plusieurs années et d'éventuelles décisions quant à l'utilisation des lits, les directeurs de la Direction interdisciplinaire des services cliniques sont fortement encouragés à s'assurer d'un mécanisme de gestion des lits et de planification des congés rigoureux.

Pour le service des urgences, malgré une légère différence, les deux pavillons du CHUS se classent parmi les meilleurs des centres hospitaliers universitaires quant aux indicateurs suivis par le MSSS, DMS, % de 48 heures, etc. Lorsque la salle d'urgence devient trop encombrée, des lits en surnuméraires dans des espaces bien identifiés peuvent être disponibles pour accueillir des patients assez rapidement. Lorsque le patient quitte l'urgence pour un retour à domicile, il peut être évalué par l'agent de liaison pour l'assurance d'un retour sécuritaire, lorsque nécessaire.

3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération		
13.1	L'équipe dispose d'un programme d'entretien préventif pour tout l'équipement chirurgical et tous les appareils médicaux.	!
13.2	L'équipe consigne l'entretien préventif de tout l'équipement chirurgical et de tous les appareils médicaux.	
13.6	L'équipe vérifie qu'un avis clair, daté et signé décrivant la réparation ou l'achat est apposé à toute pièce d'équipement chirurgical et à tout appareil médical qui est retourné à la salle d'opération après une réparation ou un remplacement.	!
Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables		
2.5	L'organisme effectue une évaluation initiale puis des évaluations annuelles des compétences des membres du personnel affectés au retraitement et à la stérilisation.	
7.2	L'organisme dispose d'un programme écrit d'entretien préventif et de nettoyage pour son équipement de décontamination et de stérilisation.	
11.3	L'équipe est en mesure de retracer tous les articles stérilisés qui sont entreposés ou transportés jusqu'aux unités de soins ou à d'autres organismes.	!
12.6	L'équipe vérifie et consigne la qualité des services de retraitement offerts dans d'autres secteurs ou par des sous-traitants.	!
12.7	L'équipe détermine, étudie et évalue les écarts par rapport aux procédures opératoires normales ou aux pratiques de travail sécuritaire et elle prend les mesures correctives appropriées, y compris en ce qui concerne les accidents ou incidents graves et les événements indésirables.	!
12.8	Les dirigeants d'équipe revoient régulièrement le système de la gestion de la qualité.	
Ensemble de normes : Prévention des infections		
12.2	Pour chaque pièce d'équipement et appareil contaminés, un membre du personnel dûment formé utilise un système de classification reconnu pour déterminer si la stérilisation est requise.	!

12.6	Pour chaque désinfectant, l'organisme respecte les recommandations du fabricant concernant l'utilisation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, l'ÉPI.	!
12.8	L'organisme consigne les désinfections en précisant l'instrument traité et le désinfectant utilisé.	
Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique		
8.7	Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
8.9	L'équipe suit les politiques et les procédures de l'organisme et les instructions du fabricant pour le nettoyage et le retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques.	!

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

Il existe un plan triennal d'acquisition des équipements médicaux et également un processus est en place pour la priorisation et le suivi. Le retraitement des endoscopes au service d'endoscopie de l'Hotel-Dieu est adéquat, toutefois celui de Fleurimont ne respecte pas les normes CSA et l'organisme devra s'y attarder.

Le service de retraitement des dispositifs réutilisables a été revu par l'organisme à l'Hotel-Dieu et cela mérite d'être souligné. Un plan d'entretien préventif des équipements est fait par le service de génie biomédical, mais celui-ci ne semble pas être intégré à l'ensemble des secteurs de l'organisation.

L'organisme doit renforcer l'évaluation annuelle des employés de façon systématique. Le processus de vérification et validation est suivi avec rigueur au service de retraitements. Le service de retraitement et l'équipe devraient développer une collaboration avec l'équipe du bloc opératoire au niveau de la vigilance de l'aire d'entreposage des produits stériles au sein du bloc opératoire. La traçabilité existe au niveau des cabarets, mais l'organisme est encouragé à étendre cette traçabilité au niveau des pièces ou appareils à l'unité. Il semble y avoir une surutilisation de la stérilisation urgente (flash) sur les 2 sites contrairement aux bonnes pratiques.

3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

Analyses de biologie délocalisées

- Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.

Transplantation d'organes et de tissus

- Offrir des services de transplantation d'organes, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.

Don d'organes (donneur vivant)

- Offrir des services de don d'organes provenant de donneurs vivants, par exemple, en appuyant les donneurs potentiels dans une prise de décisions éclairée, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur et en réalisant des procédures liées aux dons d'organes.

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

Épisode de soins

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestateur de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

Aide à la décision

- Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.

Impact sur les résultats

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

Gestion des médicaments

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

Dons d'organes et de tissus

- Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.

Prévention des infections

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

Interventions chirurgicales

- Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.

Services de diagnostic – Imagerie

- Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

Services de diagnostic – Laboratoire

- Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

Banques de sang et services transfusionnels

- Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.

3.2.1 Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels
Le service de la banque de sang et de médecine transfusionnelle peut compter sur une équipe bien formée et compétente. De plus, la présence d'une chargée technique de sécurité transfusionnelle et de deux chargées cliniques contribue au maintien du haut niveau de la qualité et de la sécurité des services offerts. L'ensemble des procédures est normalisé et la traçabilité du processus allant de la demande à la transfusion du produit sanguin est sécuritaire. Le patient reçoit l'information pertinente autant par la communication verbale que par le biais de feuillets d'informations. En collaboration avec l'équipe du bloc opératoire, le comité de médecine transfusionnelle pourrait voir comment mieux sécuriser la continuité de l'identification du patient lorsque le bracelet d'identification est enlevé à la salle d'opération.

3.2.2 Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire		
1.1	Au moins une fois par année, le laboratoire recueille et revoit l'information concernant les volumes des services, le point de vue des clients au sujet des services, les tendances parmi les requêtes provenant des prestataires de services, et d'autres organismes. Référence ISO : 15189-07, 4.1.2.	
1.3	Le laboratoire tient compte des connaissances actuelles concernant les meilleures pratiques et des activités d'amélioration de la qualité, ce qui inclut l'information la plus récente sur les erreurs et les événements indésirables.	!
5.2	Le laboratoire suit des processus établis qui permettent de communiquer à l'intérieur du laboratoire et avec d'autres prestataires cliniques.	
5.3	Le personnel du laboratoire se réunit régulièrement avec les cliniciens. Référence ISO : 15189-07, 4.7.	
6.7	Le laboratoire revoit annuellement les rôles et les responsabilités de tous les membres du personnel, et il vérifie si les profils de postes sont respectés.	
7.4	Le laboratoire dispose d'un programme structuré pour évaluer les compétences. Référence CSA : Z902-10, 4.3.3.1.	
7.5	Le programme permet d'évaluer régulièrement les connaissances théoriques et pratiques grâce à diverses méthodes. Référence CSA : Z902-10, 4.3.3.1.	
7.8	Le laboratoire évalue annuellement l'efficacité de ses activités de formation, de perfectionnement et d'évaluation des compétences, et il consigne les résultats de cette évaluation. Référence CSA : Z902-10, 4.3.2.3 et 4.3.3.1.	
9.5	Le laboratoire dispose de processus pour régler les plaintes et donner suite à d'autres commentaires reçus des cliniciens, des clients ou autres. Référence ISO : 15189-07, 4.8.	!
9.6	Le laboratoire tient un dossier des plaintes qu'il reçoit, des enquêtes qui s'y rattachent ainsi que des mesures correctives qu'il adopte. Référence ISO : 15189-07, 4.8.	!
10.5	Le laboratoire révise ses PON annuellement et plus souvent si cela est nécessaire. Référence CSA : Z902-10, 4.6.1.6.	

10.6	Le laboratoire fait le suivi des modifications apportées aux PON grâce à un système de contrôle documentaire. Référence ISO : 15189-07, 4.3.1 et 4.3.2. Référence CSA : Z902-10, 4.2.2.4, 4.2.3 et 4.2.4.	
13.3	Les aires de prélèvement du laboratoire assurent le confort et l'intimité des clients et sont adaptées aux personnes handicapées. Référence ISO : 15189-07, 5.2.3. Référence CSA : Z902-10, 22.4.2.	!
13.12	Le laboratoire évalue ses installations et son environnement pour s'assurer qu'il n'a pas d'incidence négative sur la réalisation du prélèvement des spécimens et le matériel d'analyse. Référence ISO : 15189-07, 5.2.4.	
24.1	Le laboratoire sélectionne les nouvelles interventions et les changements en s'appuyant sur des données probantes, par exemple des analyses documentaires et des articles scientifiques ainsi que les meilleures pratiques.	
24.3	Le laboratoire cerne des mesures appropriées pour contrôler l'utilisation des nouvelles interventions.	
24.5	Le laboratoire forme le personnel au sujet des nouvelles interventions ou des changements, et il évalue son rendement et ses compétences.	
25.6	Le laboratoire met en oeuvre et fait le suivi d'indicateurs de qualité en vue d'évaluer la contribution du laboratoire aux services aux patients et de communiquer ces résultats au personnel ainsi qu'aux autres programmes, services ou organismes. Référence ISO : 15189-07, 4.9.	!
26.3	Le laboratoire prend des mesures de prévention afin d'empêcher que des accidents, des incidents évités de justesse et des événements indésirables ne se reproduisent. Référence CSA : Z902-10, 18.1.2.	!
27.2	Le laboratoire participe à des programmes externes de contrôle de la qualité.	

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Depuis la dernière visite d'agrément, des progrès considérables ont été réalisés. Les aires de travail sont sécuritaires et le personnel est bien formé pour la santé et la sécurité. La contribution de l'agente qualité et l'agente de sécurité sont remarquables. Le comité de santé et sécurité est actif et a réalisé certains audits. Les aires de travail dans les laboratoires à l'exception du service de pathologie sont adéquates. Cependant, il y a un manque d'espace au centre de prélèvement. Les chaises de prélèvements ne sont pas conformes. Une étude a été faite (rapport 2012) concernant l'aire de travail au centre de prélèvement et les chaises devant être utilisées. L'organisme est invité à implanter les recommandations de cette étude.

Plusieurs PON ont été rédigées dans les différents services des laboratoires. L'organisme est encouragé à compléter les PON manquantes notamment celles de l'acceptation et de rejet des échantillons, et à réviser périodiquement les PON existantes.

L'organisme dispose d'un système d'information hospitalier (Ariane) qui a une composante laboratoire depuis plusieurs années. Cependant, ce système ne semble pas permettre une gestion documentaire. Les laboratoires sont invités à entamer des discussions avec le fournisseur du système informatique pour inclure la composante gestion documentaire ou acquérir un autre système qui satisfasse les besoins des laboratoires.

La majorité des secteurs ont mis en place des programmes de qualité interne et externe depuis plusieurs années. Cependant, certains types d'analyse dont la sérologie et certains tests de microbiologie ne sont pas tous couverts par des contrôles externes. Le département de microbiologie a mis en place un programme triennal pour atteindre ces objectifs avec une couverture complète des tests avec des contrôles externes. Il est aussi souhaitable que le laboratoire s'engage dans une démarche d'assurance qualité par des audits, des évaluations de tendance, etc.

Les programmes de formation des nouveaux employés sont adéquats, cependant, l'évaluation du rendement et des compétences restent à développer.

3.2.3 Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus		
7.7	Le programme de transplantation rend publics ses politiques et processus relatifs à l'ajout d'un receveur potentiel à la liste d'attente.	
9.9	Le programme de transplantation rend publiques les lignes directrices de l'algorithme qu'il utilise pour attribuer les organes.	
12.1	L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.	POR
12.1.1	L'organisme dispose d'une politique ou d'une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse.	**PRINCIPAL**
13.1	L'équipe utilise une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale.	POR
13.1.3	L'équipe a établi un processus qui lui permet de vérifier constamment que la liste de contrôle est respectée.	**PRINCIPAL**
13.1.4	L'équipe évalue l'utilisation de la liste de contrôle et communique les résultats aux membres du personnel et aux prestataires de services.	**SECONDAIRE**
13.1.5	L'équipe utilise les résultats de l'évaluation pour améliorer la mise en oeuvre et une plus grande utilisation de la liste de contrôle.	**SECONDAIRE**
13.8	Au moment de la transplantation de tissus, l'équipe suit les instructions fournies sur l'emballage et celles du fournisseur ou de l'établissement d'origine.	!
13.9	Au moment de la transplantation de tissus, un membre de l'équipe de transplantation vérifie l'intégrité, la sécurité et la stérilité de l'allogreffe.	!
13.10	Au moment de la transplantation de tissus, l'équipe de transplantation consigne au dossier médical l'endroit des transplantations, les types de tissus et les codes d'identification uniques des tissus.	!
Processus prioritaire : Direction clinique		
1.1	L'organisme a une politique écrite qui énonce clairement les organes et les tissus qu'il transplante.	
1.2	L'organisme élabore des buts et objectifs mesurables annuellement pour les services de transplantation.	

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

20.1	Le programme de transplantation s'est doté d'un programme défini d'amélioration de la qualité.	!
20.2	L'équipe de transplantation définit des indicateurs de processus et de résultats et les évalue au moyen d'une vérification interne et d'une évaluation du rendement.	
20.3	Dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité, l'équipe de transplantation examine chaque cas de transplantation pour cerner les possibilités d'amélioration.	!
20.5	L'équipe de transplantation examine et analyse régulièrement les données sur les résultats à long terme en vue d'apporter des améliorations à ses services.	
20.7	L'équipe de transplantation vérifie régulièrement l'opinion des clients quant à la qualité des services.	
20.10	L'équipe de transplantation communique les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

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

Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus

Le processus prioritaire a permis d'évaluer uniquement la transplantation rénale. Un congélateur dédié aux tissus osseux au bloc opératoire dans une aire de rangement a été identifié. De plus, le personnel rencontré n'avait pas l'information disponible comme une procédure écrite et un processus pour évaluer les critères spécifiques à la transplantation de tissus. La pérennité du programme de transplantation rénale est en jeu en raison d'un nombre limité de transplanteur au CHUS.

Processus prioritaire : Direction clinique

Le programme de transplantation rénale a été évalué lors de la visite d'agrément. Ce programme est sous la responsabilité du programme-clientèle de soins médicaux spécialisés, plus spécifiquement avec la clinique « Prév.o.i.r. ». Malgré une petite équipe, l'approche est basée sur un continuum de soins et de services qui assure une coordination entre les différentes étapes du cheminement du candidat potentiel notamment l'évaluation, la préparation à la greffe, l'évènement de la transplantation et le suivi postgreffe à court moyen et à long terme.

Il est à souligner l'excellent travail de l'équipe pour l'élaboration du manuel des PONs et leurs conformités aux attentes de Santé Canada sur le règlement de la sécurité CTO, et le respect des protocoles de Transplant Québec.

Processus prioritaire : Compétences

La formation, le maintien des compétences, le transfert des connaissances sont des activités qui sont intégrées dans le programme de transplantation rénale. Il existe une approche collaborative au sein de l'équipe qui assure une vision commune des buts et des objectifs. La communication entre les membres de l'équipe est excellente.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Il y a une étroite collaboration avec les partenaires notamment avec Québec Transplant afin d'assurer le respect des pratiques optimales. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour informer et éduquer davantage la communauté sur le programme de transplantation rénale et l'impact d'un tel programme sur le bien-être et la santé des personnes.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Lors du processus prioritaire, il a été difficile d'évaluer les impacts sur les résultats étant donné que l'équipe a eu très peu de temps pour se préparer à la visite. Il n'y a pas d'équipe d'amélioration de la qualité spécifique au programme de transplantation rénale. Il existe des activités de transplantation de tissus au CHUS, par contre il a été impossible d'évaluer ces activités lors de la visite. L'équipe est encouragée à se développer une culture de mesure.

3.2.4 Ensemble de normes : Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés)

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
1.2	L'organisme a des politiques en matière de don d'organes et de tissus.	
1.3	L'organisme a une politique sur le don d'organes et de tissus à la suite d'une mort cardiaque.	
3.5	L'organisme a des congélateurs réservés pour entreposer adéquatement les tissus.	!
4.1	L'organisme a un manuel des PON mis à la disposition de tous les membres de l'équipe responsable des dons. Référence CSA : Z900.1-03, 6.1.	
4.2	Le manuel des PON doit être signé et daté par le directeur médical ou son remplaçant désigné. Référence CSA : Z900.1-03, 6.1.	
4.3	Chaque PON contient le titre et l'objectif de la procédure, un numéro d'identification unique, la date d'entrée en vigueur et des révisions, la signature de la ou des personnes qui ont approuvé le manuel et la date d'autorisation, un plan détaillé des étapes à suivre, la personne responsable de vérifier, de réviser et d'approuver la PON. Référence CSA : Z900.1-03, 6.2.	
4.4	L'organisme a des PON précises sur les qualifications et les responsabilités des membres de l'équipe responsable des dons; les exigences relatives aux plans de soins des patients; l'acheminement au SAO; l'évaluation de l'acceptabilité du donneur; la gestion des donneurs; les intervalles de temps pour le prélèvement, la préservation et l'entreposage des organes et tissus; la préparation et le traitement des tissus; le prélèvement des organes et des tissus; le traitement des cas exigeant l'intervention d'un médecin légiste ou d'un coroner; la distribution exceptionnelle; la stérilisation des instruments; et la tenue des dossiers pour les organes, les tissus, les réactifs et les fournitures.	
4.5	Le directeur médical ou son remplaçant désigné informe et forme les membres de l'équipe responsable des dons avant de mettre en oeuvre une nouvelle PON ou une PON révisée. Référence CSA : Z900.1-03, 6.4.	
4.6	L'organisme consigne l'information sur la formation qu'a reçue l'équipe responsable des dons sur les PON.	

4.7	Le directeur médical ou son remplaçant désigné vérifie régulièrement si les membres de l'équipe responsable des dons respectent les PON.	
4.8	L'équipe responsable des dons examine et évalue annuellement l'efficacité des PON. Selon les résultats, l'équipe change les PON, les activités de formation et les processus de surveillance, au besoin. Référence CSA : Z900.1-03, 6.4.	
4.9	L'équipe responsable des dons revoit les PON pertinentes à la suite d'un événement sentinelle, d'un événement évité de justesse ou indésirable, de changements aux exigences réglementaires et prévues par la loi, de vérifications internes ou externes et d'autres situations définies dans les politiques du programme.	
4.10	L'équipe responsable des dons consigne tous les changements apportés aux PON et numérote les versions.	
4.11	Le directeur médical ou son remplaçant désigné approuve les nouvelles PON et les PON révisées. Référence CSA : Z900.1-03, 6.4.	
Processus prioritaire : Compétences		
7.2	L'organisme a une politique qui précise le nombre maximum d'heures de travail consécutives.	
7.3	L'équipe responsable des dons respecte la politique traitant du nombre maximum d'heures de travail consécutives.	

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le programme de dons d'organes et de tissus pour les donneurs décédés est intégré dans le programme de soins critiques en traumatologie. L'équipe interdisciplinaire est dynamique, engagée et vise l'excellence en tout temps. L'expertise acquise par cette équipe est transférée aux départements d'urgence, aux soins critiques et aux unités de soins par les infirmières-ressources. Elles offrent de la formation. Elles sont aussi disponibles, en tout temps, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, pour soutenir les équipes soignantes et lorsqu'il y a identification de donneurs potentiels.

Les PONs sont en cours d'élaboration. Les protocoles existent et respectent les pratiques optimales établies par transplant Québec. L'équipe a identifié des possibilités d'amélioration pour les donneurs potentiels pédiatriques.

Processus prioritaire : Compétences

L'expertise de l'équipe est reconnue provincialement .

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les commentaires ont été écrits dans le processus prioritaire : direction clinique

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe élabore les PONs, les procédures et les protocoles en assurant la conformité au Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains (CTO) et les exigences de Québec Transplant pour les organes et Héma Québec pour les tissus.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les activités d'amélioration continue sont bien intégrées dans le programme de dons d'organes et de tissus. Les indicateurs de performance et de qualité sont identifiés et les cibles sont connues.

L'équipe doit être félicitée pour l'identification des donneurs potentiels pour les dons d'organes qui est au-delà de 95 % depuis 2 ans. L'équipe est consciente des améliorations souhaitées dans le cadre des dons de tissus. Ce travail implique une collaboration étroite avec Héma Québec.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Les rôles et responsabilités sont bien établis et connus entre les membres de l'équipe, les coordonnateurs de Québec Transplant et les équipes soignantes des unités de soins

3.2.5 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées		
1.4	Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
1.7	L'organisme dispose d'une procédure opératoire normalisée (PON) qui définit clairement les rôles et les responsabilités de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.4.	
2.1	L'organisme dispose du bon agencement d'effectifs, en nombre adéquat, pour réaliser les ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.1.	
2.4	L'organisme dispose d'une politique pour éviter un conflit d'intérêts entre les entreprises qui offrent des fournitures servant aux ADBD, les clients et les cliniciens.	
3.1	L'organisme offre à tous ceux qui effectuent une ADBD une orientation et une formation sur les procédures opératoires normalisées (PON).	
3.2	Celui qui effectue une ADBD reçoit de la formation continue et du perfectionnement. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15.	
3.3	L'organisme évalue chaque année le rendement de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.4	Dans le cadre de l'évaluation de son rendement, celui qui effectue une ADBD doit régulièrement fournir des preuves de ses compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.5	L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement de celui qui effectue une ADBD.	
4.1	L'organisme dispose d'une PON pour chaque ADBD qu'il effectue sur place.	
4.5	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD informe et s'assure que celui qui effectue une ADBD est formé avant qu'une nouvelle PON ou une PON révisée soit mise en oeuvre.	
4.6	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD revoit et évalue annuellement l'efficacité des PON, et ajuste les PON, les activités de formation ou les processus de contrôle, au besoin.	

4.7	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD revoit les PON à la suite d'un accident, ou d'un incident évité de justesse ou d'un événement indésirable; à la suite de toute modification apportée à une loi ou à des règlements applicables; de résultats obtenus d'une vérification interne ou externe et d'autres situations définies par les politiques de l'organisme.	
4.8	L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client.	
5.4	L'organisme suit des procédures écrites pour entreposer, manipuler, nettoyer et désinfecter les appareils d'ADBD.	!
5.5	L'organisme vérifie périodiquement que les appareils utilisés pour les ADBD sont en bon état. Référence de la CSA : 22870:07, 5.3.2.	!
5.6	L'organisme retire tout appareil d'ADBD inapproprié, non conforme, détérioré ou qui ne correspond pas aux critères de qualité.	!
5.7	L'organisme contrôle l'utilisation des appareils d'ADBD en assignant à chaque professionnel de la santé un numéro d'identification unique.	!
5.8	L'organisme surveille et vérifie si celui qui effectue une ADBD utilise seulement le numéro d'identification unique qui lui a été assigné.	
5.9	Dans les cas où l'organisme utilise différents appareils d'ADBD pour réaliser la même procédure, le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD travaille avec le laboratoire de biologie médicale pour assurer la reproductibilité du résultat d'ADBD.	!
6.3	L'organisme suit une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ADBD.	!
7.3	Lorsque l'organisme reçoit une requête verbale pour une ADBD, il dispose d'une PON pour répondre au clinicien et demander qu'il fasse parvenir une requête écrite ou électronique.	!
8.4	Lorsqu'il prélève les échantillons, celui qui effectue une ADBD respecte la PON en vue de sauvegarder l'intégrité de ceux-ci et d'assurer la sécurité des clients.	!
8.13	L'organisme suit des critères écrits d'acceptation et de rejet des échantillons servant aux ADBD.	!
9.1	L'organisme dispose d'une politique ou procédure normalisée et approuvée, écrite ou électronique, sur la façon de communiquer et de divulguer les résultats des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.8.2.	
9.2	Avant de communiquer les résultats des analyses, celui qui effectue une ADBD vérifie si les résultats sont conformes aux critères d'acceptabilité établis.	

9.4	Les professionnels de la santé suivent une procédure documentée pour communiquer les résultats des ADBD lorsque ceux-ci se situent à l'extérieur des intervalles de références pour les valeurs normales.	!
9.5	Lorsque l'organisme communique verbalement les résultats des ADBD, les résultats et les méthodes utilisées pour obtenir ces résultats doivent ensuite être consignés par écrit en précisant qu'il s'agit des résultats d'ADBD.	!
9.6	Celui qui effectue une ADBD remplit un rapport exhaustif et précis pour chaque ADBD qu'il effectue; le rapport se distingue des notes cliniques présentées dans le dossier du client.	
10.1	L'organisme dispose d'un processus d'amélioration de la qualité des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.2.2, 4.2.4.	!
10.2	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD élabore et tient à jour un manuel d'amélioration de la qualité des ADBD.	
10.3	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD communique les politiques d'amélioration de la qualité au professionnel de la santé qui effectue une ADBD et s'assure de leur bonne compréhension et de leur mise en application.	
10.4	L'organisme assure régulièrement le suivi d'un ensemble d'indicateurs de qualité.	
10.5	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD utilise l'information découlant des indicateurs pour orienter la prise de décisions et apporter des améliorations aux ADBD, et ce, en temps opportun.	
10.6	Celui qui effectue une ADBD recueille et consigne les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.	!
10.7	Celui qui effectue une ADBD consigne les données sur le contrôle de qualité des ADBD dans un registre quotidien.	!
10.8	Celui qui effectue une ADBD compare et met en corrélation régulièrement les résultats des contrôles de qualité avec un laboratoire de biologie médicale.	!
10.9	L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ADBD et obtenir de la conformité aux résultats obtenus. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.	
10.10	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD examine les données du contrôle de la qualité chaque mois et apportent des améliorations au besoin.	

10.11	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD cerne les sources potentielles de non-conformité ainsi que la source du problème, met en oeuvre et surveille les plans d'action pour empêcher, en temps opportun, qu'il y ait d'autres manques de conformité vis-à-vis des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.9.2, 4.10.3, 4.11.2, 4.11.3.	
10.12	L'organisme dispose d'un protocole pour remédier aux événements indésirables liés aux ADBD ainsi qu'aux rappels d'appareils, de réactifs ou de matériel servant aux ADBD.	!
10.13	L'organisme conserve les dossiers portant sur les résultats des contrôles de qualité et les cas de non-conformité des ADBD pendant au moins deux ans.	

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

Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

Un comité ADBD multidisciplinaire présidé par le directeur médical du laboratoire est actif. De plus, une personne est assignée comme coordonnatrice des ADBD. Cependant, cette dernière ne semble pas disposer de temps nécessaire pour accomplir adéquatement l'ensemble de sa tâche.

Au cours de la dernière année, le comité s'est réuni de façon régulière.

La gestion des glucomètres a retenu une attention particulière de la part du comité depuis un certain temps, comme en témoignent les politiques et procédures des utilisations des glucomètres. La prochaine étape est de développer des audits et des mesures d'amélioration continue de la qualité qui en découlent. Cependant, l'ADBD comprend toutes les analyses effectuées hors du laboratoire. Certaines de ces analyses sont effectuées depuis plusieurs années dans différents départements notamment à la salle d'urgence, en thérapie respiratoire, en cliniques, etc. Par contre, ces analyses ne sont pas encore sous la gouverne du comité ADBD. Plusieurs non-conformités ont été observées. Le comité des ADBD est encouragé à continuer ses efforts pour régulariser la situation.

3.2.6 Ensemble de normes : Normes de gestion des médicaments

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments		
3.5	L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits à l'héparine et retire les formats à dose élevée.	POR
3.5.1	L'organisme a fait un inventaire des produits à l'héparine entreposés dans la pharmacie et dans toutes les unités de soins aux patients.	**PRINCIPAL**
3.5.2	L'inventaire comprend la vérification des produits et des quantités entreposés; l'évaluation de l'utilisation prévue de chaque produit à l'héparine entreposé (en lien avec des lignes directrices fondées sur des données probantes); et l'identification des produits non nécessaires qu'il faudra retirer.	**PRINCIPAL**
3.7	L'organisme dispose d'une politique et d'un processus pour gérer l'accessibilité des échantillons de médicaments.	
3.9	L'organisme dispose d'une politique et d'un processus pour gérer les pénuries de médicaments.	
6.3	Les médicaments sont rangés dans des zones d'accès réservé au personnel autorisé.	!
6.5	L'organisme sépare ou isole les médicaments dont l'apparence et le nom sont semblables, les diverses concentrations d'un même médicament, les médicaments à risque élevé ou de niveau d'alerte élevé, ainsi que les médicaments abandonnés, périmés, endommagés et contaminés en attendant qu'ils soient éliminés.	!
6.7	L'organisme inspecte régulièrement les aires d'entreposage des médicaments.	
7.7	L'organisme dispose d'une politique et d'un processus de gestion des médicaments apportés par les clients et les familles.	
9.3	Lorsqu'ils prescrivent des médicaments, le personnel et les prestataires de services ont accès au profil pharmaceutique du client, incluant l'information essentielle.	
10.7	L'organisme établit et suit une politique ou une procédure de mise à jour de l'information clinique exacte sur les réactions connues à des médicaments de chaque client dans son profil pharmaceutique.	!

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Tous les secteurs sont bien organisés et la propreté est remarquable. Dans chacune des pharmacies, on retrouve une chambre blanche sécurisée, une emballeuse et une ensacheuse. Les entrées sont munies de guichet et des affiches, bien en vue, indiquent la restriction d'accès.

La gestion des services est assurée par un chef pharmacien secondé d'un assistant-chef. Une des forces du département de pharmacie est la création, en 2010, d'un poste à temps complet de chargé d'utilisation sécuritaire des médicaments, ce qui complète la trinité pour la sécurité pharmaceutique avec le comité de sécurité pharmacothérapeutique et le plan sur l'administration sécuritaire de la médication. En plus des pharmaciens, l'équipe comprend des techniciens en pharmacie dont la délégation de tâches est réalisée.

L'équipe de la pharmacie avec l'aide de partenaires a obtenu une distinction dans l'actualité pharmaceutique pour un projet novateur dans le développement d'un logiciel qui analyse l'ensemble des prescriptions et détecte les prescriptions qui semblent déviantes. Cette réalisation a permis des économies substantielles d'environ 400 000 $ dans le budget des antimicrobiens depuis son implantation.

L'organisme est doté d'un comité pharmaco-nursing coprésidé par un pharmacien et une infirmière-cadre clinicienne. Ce comité dynamique se rencontre régulièrement et apporte une contribution importante dans l'amélioration de la sécurité des clients et la gestion opérationnelle de la distribution des médicaments.

La distribution médicamenteuse est automatisée et offre un système unidose. Les chariots de réanimation, localisés à plusieurs endroits stratégiques, sont munis de tiroirs sécurisés pour les médicaments dont le contrôle est sous la responsabilité de la pharmacie. Chaque gestionnaire qui a un chariot de RCR dans son service a la responsabilité de s'assurer qu'il est rangé dans un endroit sécuritaire.

L'implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) connaît des retards et le plan de déploiement ne sera pas atteint comme prévu pour 2015.

Beaucoup de travail a été fait au niveau de l'entreposage des médicaments des communs dans chacune des unités de soins. Cependant, il y a des secteurs où l'on retrouve, à même les médicaments, l'entreposage de matériel à usage unique et autres fournitures.

L'organisme est encouragé à revoir son plan de déploiement du BCM et à prendre les mesures nécessaires pour assurer sa réalisation.

L'organisme est encouragé à élaborer un programme d'inspection sur l'entreposage des médicaments et déterminer les rôles et responsabilités des intervenants.

L'organisme est encouragé à réaliser son projet d'acquisition de systèmes de distribution automatisée notamment pour les services des urgences et aux soins intensifs.

3.2.7 Ensemble de normes : Normes sur le don d'organes de donneurs vivants

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Don d'organes (donneur vivant)		
6.3	L'équipe responsable des dons entre vivants fournit au donneur vivant des documents faciles à comprendre, et explique les étapes du processus de don d'organes et de tissus prélevés sur des donneurs vivants.	
13.1	L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.	POR
13.1.1	L'organisme dispose d'une politique ou d'une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse.	**PRINCIPAL**
13.1.4	L'équipe donne de l'information aux professionnels de la santé et aux clients sur les risques et la façon de prévenir la TEV.	**SECONDAIRE**
13.2	L'équipe utilise une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale.	POR
13.2.3	L'équipe a établi un processus qui lui permet de vérifier constamment que la liste de contrôle est respectée.	**PRINCIPAL**
13.2.4	L'équipe évalue l'utilisation de la liste de contrôle et communique les résultats aux membres du personnel et aux prestataires de services.	**SECONDAIRE**
13.2.5	L'équipe utilise les résultats de l'évaluation pour améliorer la mise en oeuvre et une plus grande utilisation de la liste de contrôle.	**SECONDAIRE**
Processus prioritaire : Direction clinique		
2.2	L'équipe responsable des dons entre vivants dispose de lieux physiques pour bien fonctionner et réaliser ses activités relatives au don d'organes et de tissus entre vivants.	
2.3	L'équipe responsable des dons provenant de donneurs vivants dispose de lieux privés pour rencontrer les donneurs vivants potentiels afin de leur donner de l'information et de l'enseignement sur le processus de don d'organes provenant de donneurs vivants.	
Processus prioritaire : Compétences		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		

Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
19.1	L'équipe responsable des dons provenant de donneurs vivants dispose de processus pour évaluer régulièrement la qualité de ses services de don d'organes provenant de donneurs vivants.	!
19.2	L'équipe responsable des dons entre vivants évalue régulièrement les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats.	
19.6	L'équipe responsable des dons entre vivants utilise l'information qu'elle recueille sur la qualité des services pour déterminer les points forts et apporter des améliorations continues.	
19.7	L'équipe responsable des dons entre vivants communique les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

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

Processus prioritaire : Don d'organes (donneur vivant)

Le processus prioritaire a permis d'évaluer uniquement le programme de don d'organes vivant dans le cadre du programme de transplantation rénale. La pérennité du programme de don d'organes pour les donneurs vivants est en jeu en raison d'un nombre limité de préleveurs. Dans le cadre d'une philosophie patient-partenaire que le CHUS souhaite implanter, l'équipe est encouragée à développer des outils pour faciliter la responsabilisation du donneur vivant.

Processus prioritaire : Direction clinique

Le programme de transplantation rénale a été évalué lors de la visite d'agrément. Ce programme est sous la responsabilité du programme-clientèle de soins médicaux spécialisés, plus spécifiquement avec la clinique « Prév.o.i.r. » Malgré une petite équipe qui offre le programme de dons d'organes vivants et de transplantation rénale, l'approche est basée sur un continuum de soins et services qui assure une coordination entre les différentes étapes du cheminement du candidat potentiel et son évaluation, la préparation au prélèvement, l'intervention chirurgicale (le prélèvement) et le suivi postchirurgical à court terme.

Il est à souligner l'excellent travail de l'équipe pour l'élaboration du manuel des PONs et leur conformité aux attentes de Santé Canada sur le règlement de la sécurité CTO, et le respect des protocoles de Transplant Québec.

Processus prioritaire : Compétences

Il y a une étroite collaboration avec les partenaires notamment avec Québec Transplant afin d'assurer le respect des pratiques optimales.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe applique les protocoles établis par Québec Transplant.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe n'a pas encore intégré les activités d'amélioration continue de qualité dans le programme de dons d'organes sur les donneurs vivants. L'équipe est encouragée à développer une culture de mesure.

3.2.8 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections		
7.1	L'organisme fournit de l'information et de la formation aux clients et aux familles sur la prévention des infections sous une forme qui est facile à comprendre.	
7.5	Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles encouragent les clients, les familles et les visiteurs à adopter des mesures efficaces d'hygiène des mains.	!
8.2	L'organisme entrepose et manipule le linge, les fournitures, les appareils et l'équipement de manière à les protéger de la contamination.	!
8.3	Le personnel et les prestataires de services ont recours à des techniques aseptiques pour la préparation, la manipulation et l'administration d'injections, l'administration parentérale des médicaments, la nutrition parentérale totale (NPT) et les moyens diagnostiques.	!
10.1	Les rôles et les responsabilités sont définis au sein de l'organisme en ce qui concerne le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique.	
10.2	L'organisme nettoie et désinfecte correctement les secteurs où les clients et le personnel circulent.	!
11.3	Les membres du personnel portent de l'équipement de protection individuel approprié lorsqu'ils manipulent des matières et de l'équipement contaminés.	!
11.4	L'équipe suit des procédures précises pour manipuler, nettoyer et désinfecter l'équipement mobile des clients.	!
12.13	L'organisme dispose de politiques et de procédures pour retracer tous les appareils médicaux empruntés, partagés, consignés ou loués.	!
12.17	L'organisme suit toujours un processus écrit pour le rappel, à l'interne, de l'équipement et des appareils médicaux utilisés en chirurgie lorsque la stérilisation est remise en cause.	!
12.22	L'organisme examine, et le cas échéant, améliore ses processus de retraitement de l'équipement.	POR
	12.22.1 Des preuves démontrent que les mécanismes et les processus de retraitement sont efficaces.	**PRINCIPAL**
	12.22.2 Des mesures ont été prises pour examiner et améliorer les processus de retraitement, dans les cas où cela était indiqué.	**SECONDAIRE**
13.3	Tous les secteurs de retraitement des endoscopes sont séparés des zones de prestation de soins.	!

13.4	Tous les secteurs de retraitement des endoscopes comportent des aires séparées pour le nettoyage et la décontamination, munies d'une zone d'entreposage, d'une plomberie et de drains, et d'un système de ventilation approprié.	!
13.11	L'organisme range les appareils d'endoscopie de manière à réduire la contamination ou les dommages au minimum.	!

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Depuis la dernière visite d'agrément, le CHUS a adopté un programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN). Ce programme guide l'équipe de prévention dans la planification des objectifs annuels notamment les divers programmes de surveillance du CHUS, la mise à jour des diverses politiques et procédures, les programmes de formation et d'éducation, l'évaluation du programme, le volet communication en matière de prévention des infections et la gestion des éclosions. Le dynamisme et l'engagement de l'équipe de prévention des infections se traduisent par la mise en oeuvre de plusieurs programmes innovateurs tels que le programme de surveillance des bacilles gram négative multi-résistants, le programme d'optimisation et de surveillance des antimicrobiens et le développement des programmes de formation qui favorise l'« e-learning ».

L'implication proactive des microbiologistes-infectiologues permet un lien direct avec les laboratoires de microbiologie et favorise une approche collaborative qui facilite les activités de prévention infections telles que la gestion des isolements hospitalière et les programmes de surveillance en place.

Le comité de prévention des infections se rapporte à l'équipe de direction du CHUS et au CMDP. Cette nouvelle structure est bien appréciée par l'équipe de prévention des infections, car elle démontre l'importance du programme de prévention des infections dans l'organisation des soins et services de qualité.

Lors des visites des environnements de soins, l'affichage et de nombreux présentoirs aux murs qui empêchent le nettoyage approprié; des utilités souillées avec du rangement de matériel propre; des utilités propres encombrées, les espaces d'hygiène salubrité débarrés et facilement accessibles, et un certain encombrement des corridors ont été observés. L'équipe est encouragée à poursuivre sa collaboration avec le service d'hygiène salubrité et les équipes soignantes des unités de soins pour maintenir un environnement propre et sécuritaire pour l'ensemble des personnes notamment les patients, les proches, le personnel, les médecins, les stagiaires.

Malgré un programme d'hygiène des mains en place depuis plusieurs années, on note, lors des audits, un taux de conformité qui demeure à environ 40 %. Il devient important d'intégrer ce programme aux activités d'amélioration continue des équipes soignantes dans le but de responsabiliser tout le personnel dans cette pratique au quotidien.

Le taux de vaccination contre l'influenza saisonnière pour le personnel du CHUS demeure stable depuis 2 ans à environ 38 %; la cible organisationnelle identifiée dans la politique est de 80 %. L'équipe de prévention des infections a tout récemment fait un recensement des données probantes et a consulté les régions et les établissements du Québec qui ont un taux de vaccination plus élevé. L'organisation est encouragée à réviser son programme annuel de vaccination contre l'influenza afin d'atteindre les cibles identifiées.

Il n'y a pas de ligne directrice organisationnelle facilement accessible et disponible ainsi que de procédures standardisées pour les zones grises; c'est-à-dire pour le nettoyage des équipements mobiles comme les tiges à soluté, les civières, les pompes, etc., et les équipements de technologies d'information.

3.2.9 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie		
1.1	Au moins une fois par année, l'équipe recueille l'information sur le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des clients sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.2	Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des clients au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
1.3	Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des clients et des professionnels de la santé qui acheminent des clients pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
1.5	L'organisme détermine clairement la hiérarchie des responsabilités pour les services d'imagerie diagnostique offerts dans l'ensemble de l'organisme.	!
2.3	L'équipe sollicite régulièrement la rétroaction des professionnels de la santé qui acheminent des clients sur la façon d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de régler les délais dans la transmission des résultats de l'imagerie diagnostique.	
2.4	L'équipe cerne les ressources nécessaires pour offrir des services d'imagerie diagnostique de manière efficiente et en temps opportun.	
3.10	L'équipe évalue et documente le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
4.3	Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les clients qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres clients.	!
4.5	Le secteur de services aux clients comprend un vestiaire privé et sécuritaire.	!
4.7	La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit doté de l'équipement et du personnel appropriés qui permet aux clients de récupérer suivant l'examen.	!
5.1	L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	!
5.2	L'équipe étiquette et conserve tous les produits chimiques et toutes les solutions conformément aux règlements du SIMDUT.	!

9.3	Si une demande urgente ou très urgente de services d'imagerie diagnostique est faite par téléphone, un membre qualifié de l'équipe recueille et consigne l'information, et s'assure qu'une demande écrite ou électronique est reçue avant d'interpréter les résultats des examens d'imagerie diagnostique.	
11.4	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.	POR
11.4.1	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.	**PRINCIPAL**
11.12	L'équipe utilise les niveaux de référence diagnostiques pour optimiser la protection des adultes et des clients en pédiatrie contre les rayons X.	
12.1	L'équipe interprète, en temps opportun, les résultats de l'imagerie diagnostique non urgents, urgents et très urgents.	!
12.3	L'équipe communique avec les professionnels de la santé qui acheminent des clients immédiatement après l'obtention de résultats anormaux, imprévus ou dont le signalement est urgent.	!
15.1	L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.	!
15.6	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	POR
15.6.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	**PRINCIPAL**
15.6.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	**PRINCIPAL**
15.6.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	**PRINCIPAL**
15.6.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	**SECONDAIRE**
15.6.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	**SECONDAIRE**
15.7	L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	POR
15.7.1	L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des clients et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	**PRINCIPAL**
15.7.2	L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	**PRINCIPAL**
17.2	L'équipe inclut les clients, les familles et d'autres organismes dans l'évaluation de la qualité de ses services d'imagerie diagnostique.	!

17.3	L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des événements indésirables.	!
17.4	Au moins une fois par année, l'équipe examine les niveaux de référence diagnostiques dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité.	
17.5	L'équipe évalue les résultats des services d'imagerie diagnostique.	!
17.7	L'équipe utilise les résultats du processus d'examen de l'utilisation des services pour renseigner les professionnels de la santé qui acheminent des clients et les prestataires de services d'imagerie diagnostique sur l'utilisation appropriée des services d'imagerie diagnostique.	
17.8	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et elle apporte des améliorations en temps opportun.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Les visites du secteur d'imagerie médicale se sont déroulées sur les deux sites, toutefois les visiteurs n'ont pas eu l'opportunité de visiter les secteurs de l'hémodynamie, de la radio-oncologie, de la TEP et du bloc opératoire.
L'organisme est invité à sonder annuellement la clientèle de l'imagerie médicale et les professionnels de la santé qui acheminent les clients, en faire le suivi et implanter un plan d'action.

L'établissement est encouragé à évaluer des pistes de solutions supplémentaires pour améliorer l'accessibilité aux différents plateaux techniques, dont la résonance magnétique, afin de répondre aux exigences ministérielles.

L'équipe évalue et documente le rendement des employés lors de l'orientation et de l'obtention d'un nouveau poste. Toutefois, cette procédure n'est pas utilisée de façon systématique et régulière pour la majorité des employés.

L'établissement a mis en œuvre des processus de vérification pour les activités à risques élevés tels que les cyclotrons, les matières radioactives et la résonance magnétique.

Les espaces physiques en médecine nucléaire ne permettent pas la création de salles d'attente distinctes pour les clients ayant reçu une injection de substances radioactives. Le secteur de mammographie ne possède pas d'espace prévu à cet effet. Toutefois en tomodensitométrie cette zone existe et n'est pas utilisée. La notion de surveillance reste fragile.

L'établissement est invité à mettre en place un programme de formation SIMDUT en imagerie médicale.

La double identification est effectuée lors de l'inscription au poste d'accueil, cependant, les technologues appliquent cette procédure que faiblement.

Dans l'établissement, la mise en application du code 35 de Santé Canada est à élaborer en collaboration avec les équipes de l'imagerie médicale. De plus, le suivi et l'application des recommandations émises lors de la visite du CECR doivent être appliqués.

Selon les informations obtenues lors de la visite, l'interprétation des examens dans les différentes spécialités de l'imagerie médicale respecte les cibles définies. Cependant, cet équilibre demeure fragile en radiographie générale. Il est important de mentionner les efforts déployés par l'organisation afin de résorber la situation. Toutefois, l'établissement à la responsabilité de s'assurer que les rapports sont communiqués au requérant dans les délais cliniquement acceptables.

L'établissement doit développer une stratégie de prévention des chutes.

L'organisme est invité à clarifier la hiérarchie des responsabilités pour les services d'imagerie offerts dans l'ensemble de l'organisme en ce qui concerne l'évaluation professionnelle des technologues et la responsabilité des équipements diagnostiques.

Le service de médecine nucléaire de l'Hôtel-Dieu est propice à la violation de la confidentialité compte tenu de la cohabitation des deux caméras dans le même environnement restreint.

Le programme annuel d'entretien préventif des équipements est sous la responsabilité du service de génie biomédical qui utilise un logiciel dont la consultation devrait être accessible à l'équipe de l'imagerie.

Lors de la réalisation des traceurs cliniques, la conformité de l'application de la procédure de l'hygiène des mains n'a pas été respectée.

3.2.10 Ensemble de normes : Services d'obstétrique

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
4.5	L'équipe reçoit une formation continue et efficace sur tous les types de pompes à perfusion utilisées par les prestataires de services et le personnel.	POR
4.5.1	Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	**PRINCIPAL**
4.9	Les chefs d'équipe évaluent et consignent le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
9.5	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments de la cliente à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation de celle-ci, de la famille ou du soignant.	POR
9.5.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec la cliente au moment de l'admission.	**PRINCIPAL**
9.5.2	L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour la cliente à l'admission.	**PRINCIPAL**
9.5.3	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).	**PRINCIPAL**
9.5.4	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
9.5.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre la cliente et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	**SECONDAIRE**
11.3	L'organisme dispose d'une politique relative à l'allaitement des bébés.	!

12.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).		POR
	12.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	**PRINCIPAL**
	12.3.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	**PRINCIPAL**
	12.3.3	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
	12.3.4	Dépendant du point de transition, une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client (transfert à l'interne), OU, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé) qui est communiqué au client, au médecin ou au prestataire de services dans la communauté, et à la pharmacie communautaire, s'il y a lieu (au congé).	**PRINCIPAL**
	12.3.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client ou la famille, et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins et le personnel des pharmacies, selon le cas.	**SECONDAIRE**
13.12	L'équipe dispose d'un processus pour retracer l'équipement d'obstétrique, les appareils médicaux et les fournitures ayant été stérilisés ou retraités afin de faire un rappel si le système de stérilisation fait défaut ou brise.		!
Processus prioritaire : Aide à la décision			
	L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Impact sur les résultats			
18.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.		POR
	18.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	**PRINCIPAL**

18.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	**PRINCIPAL**
18.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	**PRINCIPAL**
18.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	**SECONDAIRE**
18.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	**SECONDAIRE**

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Depuis la dernière visite d'agrément, l'équipe d'obstétrique poursuit ses efforts pour améliorer les soins et services qu'elle offre à sa population. L'approche collaborative de l'équipe disciplinaire permet de travailler en fonction des objectifs communs. La poursuite de leur engagement dans le programme « AMPRO » et leur détermination pour que le CHUS soit certifié « amis des bébés » (IAB) démontre cette volonté.

L'équipe travaille étroitement avec l'ASSS et les établissements de la région pour la mise en oeuvre d'une trajectoire de services pour la femme enceinte. Dans le cadre de ce programme, le CHUS offre des services spécialisés à la clinique d'obstétrique incluant la gestion du diabète, l'échographie obstétricale et la médecine obstétricale dans des locaux adaptés au besoin et à l'unité de maternité.

Processus prioritaire : Compétences

L'appréciation de la contribution du personnel n'est pas faite de façon systématique. Cette activité est une belle occasion de reconnaître et de valoriser les employés et de soutenir chaque membre de l'équipe à développer son plein potentiel. Il est à noter que cette recommandation avait déjà été soulignée lors de la dernière visite d'agrément.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les césariennes planifiées se font à la salle de césarienne sur l'unité de maternité. Par contre, les césariennes non planifiées le soir, la nuit et la fin de semaine doivent se faire au bloc opératoire en raison de la non-disponibilité du personnel formé sur l'unité de maternité durant ces périodes.

L'approche de soins « mère-enfant » au bloc opératoire est différente. Dans le cadre de la certification ami des bébés souhaitée par l'établissement, l'équipe est encouragée à discuter avec l'équipe du bloc opératoire pour avoir une approche similaire (contact peau à peau) dans les deux environnements. L'organisation doit aussi se prévaloir d'une politique relative à l'allaitement des bébés.

Le BCM n'est pas encore appliqué pour la clientèle mère enfant. La planification du BCM est en cours pour l'admission. Les patientes et familles rencontrées sont très satisfaites des soins. L'équipe est encouragée à poursuivre une approche « patient partenaire » qui respecte les choix et les décisions éclairées de la parturiente.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe reconnaît l'importance d'assurer une offre de soins et services qui respecte les meilleures pratiques et elle poursuit ses efforts pour assurer la mise à jour des protocoles de soins.

Les travaux sur le continuum en cours avec les partenaires de la région précisent aussi l'importance de développer des outils d'aide à la décision pour faciliter la collaboration et la coordination des soins aux points de transition.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est encouragée à revoir les moyens d'assurer la sécurité des lieux, surtout au niveau de l'accessibilité à l'unité de maternité, car il y a plusieurs portes qui permettent un accès facile et non contrôlé. Le but étant d'assurer un environnement sécuritaire pour la clientèle mère-enfant, les familles et le personnel. Dans le cadre des activités d'amélioration continue du programme, l'équipe doit développer une culture de mesure et doit s'identifier des indicateurs qui permettent de mesurer l'atteinte ou non des objectifs.

3.2.11 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire		
2.5	Le laboratoire dispose d'une politique décrivant les critères d'acceptation ou de rejet d'un échantillon primaire. Référence ISO : 15189, 5.4.5, 5.4.8.	!
3.5	Le laboratoire accepte ou refuse chaque échantillon selon les critères établis. Référence ISO : 15189, 5.4.8.	
4.7	Si des analyses sont réalisées hors-laboratoire, la personne appropriée a recours aux mêmes processus et procédures.	!
4.8	Le personnel autorisé du laboratoire vérifie la pertinence des analyses effectuées. Référence ISO : 15189, 5.6.1.	
6.1	L'organisme a précisé les situations pour lesquelles des tests et des analyses peuvent être effectués hors laboratoire.	!
6.2	Le laboratoire a désigné des membres du personnel pour effectuer et vérifier les analyses hors laboratoire.	!
6.3	Pendant la surveillance des analyses hors laboratoire, le laboratoire effectue un contrôle de la qualité pour chaque analyse.	!
8.1	Le laboratoire extrait des indicateurs de qualité des résultats généraux des analyses.	!
8.2	Le laboratoire informe les prescripteurs de leur performance individuelle.	
8.3	Le laboratoire fait une vérification des résultats globaux et analyse les tendances générales.	
8.4	Le laboratoire utilise cette information dans le cadre de son système de gestion de la qualité pour apporter des améliorations aux services qui seront offerts à l'avenir.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Les laboratoires disposent d'équipements à la fine pointe de la technologie. L'environ physique est adéquat pour les activités des laboratoires. Depuis la dernière visite d'agrément, de nombreuses réalisations ont permis de rehausser de façon significative le niveau de sécurité au travail. Il y a une harmonisation autant de la structure administrative que des activités analytiques entre les deux sites. L'équipe de gestion de la qualité a réalisé un travail remarquable depuis la dernière visite.

Les spécialistes cliniques sont disponibles et accessibles au site de l'hôpital Fleurimont. Cependant, ils sont moins présents au site de l'Hôpital Hôtel-Dieu.

L'organisation dispose d'un système informatique adéquat. Cependant, il n'y a pas d'évidence de l'utilisation des indicateurs qualité, ni d'analyses de tendance des demandes des analyses.

Les laboratoires offrent un menu diversifié de tests. Il est le laboratoire de référence pour la province par exemple pour le test « FIT » pour le dépistage du cancer colorectal et les calculs rénaux. Cependant, certains tests désuets sont encore offerts, notamment le test CKMB enzymatique.

3.2.12 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
1.3	L'étendue des services offerts par l'équipe est en accord avec les orientations stratégiques de l'organisme.	
Processus prioritaire : Compétences		
3.7	L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer régulièrement son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.2	L'équipe présente à ses nouveaux membres leurs rôles et responsabilités, les buts et objectifs de l'équipe, ainsi que ceux de l'organisme.	
4.8	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
5.6	Les membres de l'équipe ont accès à un endroit tranquille pour réfléchir, se reposer et relaxer.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
7.4	L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.	POR
7.4.1	L'organisme dispose d'une politique ou d'une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse.	**PRINCIPAL**
7.4.2	L'équipe cerne les clients qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (TEV) [(thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire (EP)], et effectue des prophylaxies de la TEV qui sont appropriées et fondées sur des données probantes.	**PRINCIPAL**
7.4.3	L'équipe établit des mesures visant le recours à la thromboprophylaxie adéquate; vérifie la mise en oeuvre de la thromboprophylaxie appropriée; et utilise cette information pour apporter des améliorations à ses services.	**SECONDAIRE**
7.4.4	L'équipe cible les clients en chirurgie orthopédique lourde (arthroplastie de la hanche et du genou, chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche) qui nécessitent une prophylaxie après le congé, et elle dispose d'un mécanisme pour offrir aux clients la prophylaxie appropriée après le congé.	**PRINCIPAL**
7.4.5	L'équipe donne de l'information aux professionnels de la santé et aux clients sur les risques et la façon de prévenir la TEV.	**SECONDAIRE**

8.8	L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.		!
11.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).		POR
	11.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	**PRINCIPAL**
	11.3.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	**PRINCIPAL**
	11.3.3	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
Processus prioritaire : Aide à la décision			
14.2	L'équipe examine ses lignes directrices pour s'assurer qu'elles sont conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.		!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats			
14.5	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.		
15.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.		POR
	15.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	**PRINCIPAL**
	15.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	**PRINCIPAL**
	15.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	**PRINCIPAL**
	15.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	**SECONDAIRE**
	15.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	**SECONDAIRE**

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe est félicitée pour la qualité de ce processus prioritaire.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire est bien définie dans ses rôles. La formation des pompes à perfusions et la formation régulière sont très bien documentées et maîtrisées par les membres de l'équipe.

L'évaluation du rendement des employés n'est pas faite de façon systématique et l'organisme est invité à trouver des solutions pour la mise en place de l'évaluation de chaque employé.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe n'effectue pas la thromboprophylaxie pour les clients à risque potentiel. Le BCM est fait à l'admission, mais non au départ. Un pharmacien est présent au quotidien sur l'unité.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les outils développés sont intégrés et supportent la décision.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La conformité au lavage des mains est atteinte à 72 % au niveau de l'équipe, ce qui est bon, mais l'équipe est encouragée à poursuivre les démarches pour atteindre un plus haut taux de conformité.

Une belle complicité existe entre le corps médical et les professionnels.

3.2.13 Ensemble de normes : Services de santé mentale

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
4.10	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
7.6	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.	POR
7.6.2	L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour le client à l'admission.	**PRINCIPAL**
7.6.3	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).	**PRINCIPAL**
7.6.4	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
11.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	POR
11.3.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	**PRINCIPAL**
11.3.3	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le programme de santé mentale adulte est divisé en deux grands volets notamment les services de psychiatrie générale et les services de psychiatrie spécialisés. Ce programme occupe 20 % des lits de l'organisme et emploie environ 15 % du capital humain.

Depuis la dernière visite, le programme santé mentale a fait face à une pénurie de personnel infirmier. Dans ce contexte, une restructuration des ressources humaines a dû être effectuée en tenant compte des besoins spécifiques de leur clientèle. Avant de faire la restructuration, l'équipe a effectué des observations sur les unités de soins, a fait des recherches dans la littérature, a analysé plusieurs programmes de formation et a consulté les pratiques exemplaires en santé mentale. L'équipe a opté pour une approche centrée sur le rétablissement du client. Des éducateurs spécialisés et des infirmières auxiliaires ont donc été intégrés dans les équipes selon les besoins de la clientèle, ce qui a permis de modifier le modèle de distribution des soins.

L'équipe travaille en étroite collaboration avec ses partenaires internes et externes et a plusieurs buts et objectifs pour réintégrer le maximum de client dans la communauté

Processus prioritaire : Compétences

L'organisme a créé des équipes interdisciplinaires connaissant leurs rôles et leurs responsabilités qui sont dotées de connaissances et du savoir-faire afin de gérer et d'offrir des services efficaces.

Un projet pilote de plan d'intervention interdisciplinaire incluant la participation de l'usager est en déploiement sur une unité de soins. Les bénéfices de cette approche sont déjà constatés, car l'intégration de tous les professionnels et de l'usager dans le plan d'intervention a responsabilisé l'usager à son rétablissement et a diminué la durée moyenne de séjour. Le projet sera exporté en septembre sur les autres unités de soins en y apportant les ajustements nécessaires selon les catégories de clientèle psychiatrique.

Plusieurs formations spécifiques au programme sont dispensées régulièrement à l'interne et à l'externe et les employés sont encouragés à y assister. À cet égard, l'équipe a élaboré une journée de formation régionale en santé mentale durant laquelle les partenaires du réseau de l'Estrie ont participé. Cette journée a été une réussite et l'équipe de santé mentale et ses partenaires en feront un rendez-vous annuel.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe interdisciplinaire offre des services de santé coordonnés à la clientèle à partir du premier contact jusqu'à son retour dans la communauté. L'équipe collabore également avec le client et les partenaires du réseau, le médecin traitant du client, les CSSS, pour effectuer le retour sécuritaire du client dans la communauté.

L'équipe est composée de plusieurs formateurs du programme « OMÉGA » qui vise à développer chez l'intervenant du secteur de la santé et des services sociaux des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité. À cet effet, des formations et des suivis sont effectués régulièrement.

Des outils et des capsules éducatrices ont été développés et ajoutés à l'atelier de récupération pour augmenter l'employabilité des clients dans la communauté et de belles réussites en témoignent.

L'équipe de santé mentale collabore avec la famille et l'organisme pour planifier la transition du client tout au long de la trajectoire de soin. L'équipe a mis sur pied une équipe de suivi intensif dans la communauté pour désinstitutionnaliser les clients aux besoins intenses et spécifiques. Le programme connaît une réussite au point que l'Agence a accepté l'allocation de budget additionnel ce qui permettra d'augmenter le nombre de patients actifs au programme.

La porte d'entrée demeure l'urgence et selon la réforme en santé mentale la force des liens préconise une première ligne forte, incluant un centre de crise. Il est à noter que 15 à 20 % de la clientèle qui se présente à l'urgence aurait pu bénéficier de l'instauration de ce centre.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe du programme santé mentale est très mobilisée et axée sur les pratiques exemplaires en santé mentale.

L'équipe travaille de concert avec les ressources informationnelles pour développer dans le dossier patient informatisé « Ariane » des outils leur permettant de faciliter la recherche de certains indicateurs.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les membres de l'équipe ont tous été formés sur la prévention des chutes et des rappels sur les 15 facteurs de risque identifiés au programme, sont effectués régulièrement. Dès la première année de la mise en application du plan de gestion des risques, une diminution de plus de 30 % des chutes a été observée. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts dans la gestion préventive des risques de chutes.

Lors de la visite d'une unité de soins, les usagers affirment être fiers de leur participation au plan d'intervention. Ils ont exprimé leur satisfaction en lien avec les soins reçus, de la disponibilité et de l'approche humaine de l'équipe.

3.2.14 Ensemble de normes : Services de soins intensifs

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
4.4	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	POR
4.4.1	Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	**PRINCIPAL**
4.6	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
7.5	L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.	POR
7.5.1	L'organisme dispose d'une politique ou d'une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse.	**PRINCIPAL**
7.5.5	L'équipe donne de l'information aux professionnels de la santé et aux clients sur les risques et la façon de prévenir la TEV.	**SECONDAIRE**
9.6	L'équipe obtient le consentement éclairé du client avant d'entreprendre les services.	!
12.5	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	POR
12.5.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	**PRINCIPAL**
12.5.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	**PRINCIPAL**

12.5.3	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
12.5.4	Dépendant du point de transition, une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client (transfert à l'interne), OU, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé) qui est communiqué au client, au médecin ou au prestataire de services dans la communauté, et à la pharmacie communautaire, s'il y a lieu (au congé).	**PRINCIPAL**
12.5.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client ou la famille, et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins et le personnel des pharmacies, selon le cas.	**SECONDAIRE**

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le programme de soins critiques et de traumatologie est responsable de l'offre de soins et services dans les trois soins critiques du CHUS. La mission, la vision et les valeurs sont uniques pour l'ensemble des milieux de soins. De plus, le programme intègre les activités reliées au programme de dons d'organes et de tissus pour les donneurs décédés. Le mode de gestion de ce programme est un modèle de gouvernance clinique qui implique un partenariat étroit et dynamique avec une gestionnaire clinico-administrative et le responsable médical. Les principes directeurs qui guident la raison d'être de ce programme sont évidents notamment par une approche centrée sur les besoins de la clientèle, un engagement à offrir des soins et des services de qualité basés sur les pratiques optimales et une philosophie d'amélioration continue de la qualité qui s'intègre dans la pratique quotidienne.

Depuis la dernière visite d'agrément, il y a eu la création d'un service médical de soins critiques, la mise en place d'un protocole d'insertion et d'un protocole de soins pour réduire les infections liées aux cathéters intravasculaires centraux, la mise en place d'un protocole de soins pour réduire la pneumonie sous ventilation assistée, l'introduction d'un dépistage pour le délirium et de multiples mises à jour de protocoles de soins pour assurer une approche standardisée des soins, ce qui évite la variation inattendue.

L'équipe a plusieurs projets en cours tels que la mise en place d'une équipe d'intervention rapide, un projet d'aménagement qui permettra de regrouper l'ensemble des soins critiques au site Fleurimont dans un environnement adapté aux pratiques optimales en soins critiques. Une démarche pour améliorer l'accessibilité aux soins intensifs est en cours avec les partenaires telles que le programme de chirurgie avec le service postanesthésie, le programme de médecine générale et urgence et les partenaires externes.

Processus prioritaire : Compétences

L'approche collaborative interdisciplinaire se vit au quotidien dans les 3 unités de soins critiques. Depuis la dernière visite, il y a eu l'implantation de la tournée interdisciplinaire quotidienne qui se déroule à 10 h tous les matins. Cette tournée permet un échange entre les divers professionnels notamment l'infirmière-soignante, l'inhalothérapeute, la nutritionniste, le pharmacien, le médecin intensiviste, les résidents et les stagiaires afin d'établir les objectifs de traitement pour les prochains 24 heures. Un ajustement des plans thérapeutiques en temps réels et le transfert de connaissance entre les membres de l'équipe se font par la suite.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le traceur clinique a permis d'identifier certaines lacunes dans l'application des procédures et protocoles de soins qui sont bien établis et facilement disponibles pour le personnel. L'évaluation initiale était incomplète, la documentation de la gestion de la douleur notamment la réévaluation postanalgésie n'était pas complète, le consentement général aux soins n'avait pas été signé, et les pratiques de bases pour les soins de plaie n'ont pas été respectées. Lors de la préparation de la médication parentérale, le personnel manipule les aiguilles de façon non sécuritaire.

L'organisme est invité à porter une attention particulière aux postes de travail qui sont encombrés, à la multitude d'affichages aux murs qui empêche un nettoyage approprié, aux aires de préparation des médicaments qui ne sont pas conformes, à la présence de matériaux propres dans les utilités souillées et à l'accès non sécurisé à l'unité des soins critique à l'Hôpital de Fleurimont par la faculté de médecine.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Dans le cadre de la mission d'enseignement et de recherche, l'équipe collabore étroitement avec l'Université de Sherbrooke pour développer des outils d'aide à la décision. L'équipe est encouragée à développer des aides à la décision clinique pour les patients afin de renforcer la responsabilisation du patient et l'approche de décision partagée qui est encouragée dans le modèle patient-partenaire.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a intégré une approche d'amélioration continue dans l'ensemble de sa programmation.L'équipe a une véritable culture de mesure.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Les commentaires ont été écris sous la norme de dons d'organes et de tissus.

3.2.15 Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
3.6	L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.	
3.8	L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.8	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
7.1	L'équipe réalise une évaluation de chaque client en temps opportun.	!
7.3	L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.	POR
7.3.1	L'organisme dispose d'une politique ou d'une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse.	**PRINCIPAL**
7.3.2	L'équipe cerne les clients qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (TEV) [(thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire (EP)], et effectue des prophylaxies de la TEV qui sont appropriées et fondées sur des données probantes.	**PRINCIPAL**
7.3.3	L'équipe établit des mesures visant le recours à la thromboprophylaxie adéquate; vérifie la mise en oeuvre de la thromboprophylaxie appropriée; et utilise cette information pour apporter des améliorations à ses services.	**SECONDAIRE**
7.3.4	L'équipe donne de l'information aux professionnels de la santé et aux clients sur les risques et la façon de prévenir la TEV.	**SECONDAIRE**
7.5	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.	POR
7.5.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment de l'admission.	**PRINCIPAL**

	7.5.2	L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour le client à l'admission.	**PRINCIPAL**
	7.5.3	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).	**PRINCIPAL**
	7.5.4	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
	7.5.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	**SECONDAIRE**
10.1	L'équipe désigne qui est responsable de prescrire, d'entreposer, de manipuler et de jeter les médicaments, et d'indiquer les renseignements relatifs à la médication au dossier du client.		!
10.6	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.		
11.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).		POR
	11.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	**PRINCIPAL**
	11.3.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	**PRINCIPAL**
	11.3.3	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
	11.3.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client ou la famille, et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins et le personnel des pharmacies, selon le cas.	**SECONDAIRE**

Processus prioritaire : Aide à la décision		
14.4	Les activités de recherche de l'équipe pour les services de traitement du cancer et d'oncologie sont conformes aux protocoles et aux normes applicables en matière de recherche et d'éthique.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
9.8	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.	POR
9.8.1	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.	**PRINCIPAL**
14.5	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
15.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	POR
15.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	**PRINCIPAL**
15.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	**PRINCIPAL**
15.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	**PRINCIPAL**
15.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	**SECONDAIRE**
15.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	**SECONDAIRE**
15.4	L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	POR
15.4.1	L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des clients et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	**PRINCIPAL**
15.4.2	L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	**PRINCIPAL**
15.5	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!
16.1	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs à ses services de traitement du cancer et d'oncologie.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'unité de chimiothérapie a été renouvelée il y a quelques années au niveau des espaces physiques de façon à ce que la clientèle ne soit pas prise dans des espaces restreints lors de leur traitement.

L'équipe respecte les directives du MSSS en plus de celle du volet suprarégional pour la région. Les liens avec les partenaires sont en places, mais il existe malgré tout quelques difficultés au niveau de certains besoins.

L'équipe dresse annuellement sa planification et ses objectifs avec ces équipes interdisciplinaires.

Processus prioritaire : Compétences

Un éventail de formation est accessible aux membres de l'équipe. L'évaluation du rendement n'est pas faite de façon systématique et l'organisation est encouragée à le faire.

L'organisation est invitée à déterminer un espace spécifique et adapté permettant l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'infirmière pivot joue un rôle prépondérant au niveau de l'accès aux services 24-7. L'information aux clients est disponible et expliquée à la famille si nécessaire. L'organisme est invité à revoir les façons de faire les entrées de données dans le département de chimiothérapie où l'infirmière doit composer avec un système informatique qui ne semble pas répondre aux besoins. Ceci entraîne une double saisie manuscrite des notes et également il existe un risque au niveau du suivi de patient qui a pour conséquence que les intervenants des autres services ne sont pas avisés lorsqu'il y a l'ajout d'un patient.

L'équipe est encouragée à instaurer le bilan comparatif des médicaments afin de minimiser les risques et d'assurer une sécurité aux clients.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe doit être plus rigoureuse en liens avec les lignes directrices afin de pouvoir être conforme aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le concept de la double identification n'est pas intègre ainsi que la procédure de l'hygiène de lavage de mains. Les audits réguliers devraient être pris en considération par l'équipe. L'établissement doit mettre en place un programme de prévention des chutes de façon à soutenir et aider les équipes.

3.2.16 Ensemble de normes : Services des urgences

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
2.9	L'équipe dispose de l'espace nécessaire pour fournir des services de façon efficace au service des urgences.	
Processus prioritaire : Compétences		
4.13	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments pour les clients qui ont été admis, et ce, de concert avec le client, la famille ou le soignant.	POR
8.3.2	L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour les clients qui ont été admis.	**PRINCIPAL**
8.3.3	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).	**PRINCIPAL**
8.3.4	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
11.5	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	POR
11.5.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	**PRINCIPAL**
11.5.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	**PRINCIPAL**

11.5.3	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
11.5.4	Dépendant du point de transition, une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client (transfert à l'interne), OU, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé) qui est communiqué au client, au médecin ou au prestataire de services dans la communauté, et à la pharmacie communautaire, s'il y a lieu (au congé).	**PRINCIPAL**
11.8	L'équipe transmet efficacement les renseignements d'un prestataire de services à l'autre aux points de transition.	POR
11.8.1	L'équipe a établi des mécanismes pour veiller à ce que l'information soit transmise adéquatement et en temps opportun aux points de transition.	**PRINCIPAL**
11.8.2	L'équipe a recours aux mécanismes établis pour transmettre l'information.	**PRINCIPAL**
Processus prioritaire : Aide à la décision		
13.1	L'équipe a accès en temps opportun aux technologies de l'information qui influent sur les soins offerts au client.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		

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

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Une des forces des services des urgences est le leadership mobilisateur exercé par les deux gestionnaires et les médecins en place dans chacun des sites du CHUS qui démontrent un engagement envers la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins. L'équipe connaît bien sa clientèle. Les services sont planifiés et basés sur de l'information provenant de diverses sources, dont les profils populationnels déposés par l'Agence de la santé et services sociaux de la région. Elle possède des statistiques justes sur la clientèle desservie dans son territoire et hors territoire. L'étendue des services est en accord avec les orientations stratégiques de l'organisation. L'établissement avec sa cote « B » est reconnu comme étant le plus performant des centres universitaires au Québec.

La mise en place d'une clinique réseau en 2012, offrant une couverture de 8 heures, 7 jours sur 7, a contribué grandement à l'amélioration de l'achalandage. À cet effet, plus de 4100 patients P4 et P5 ont choisi de se rendre à la clinique plutôt que de rester à l'hôpital. Garante de ce succès et constatant l'augmentation grandissante des besoins, l'ouverture d'une deuxième clinique serait un atout considérable.

La construction de l'urgence de l'Hôtel — Dieu est récente de quatre ans. La configuration et les aménagements sont appropriés et sécuritaires. La construction de la nouvelle urgence pour le site Fleurimont sera réalisée pour 2015 et permettra de résoudre toutes les irrégularités immobilières actuelles en matière de risque.

L'organisation est encouragée à évaluer concrètement les besoins afin de se doter d'une deuxième clinique réseau.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe reçoit de la formation régulière, entre autres, sur le système de triage, la traumatologie, les patients violents, la réanimation cardiorespiratoire, etc. De plus, tous les employés sont à jour au niveau des compétences sur les pompes à perfusion.

La qualité du manuel de formation et d'orientation nouvellement révisée mérite d'être soulignée. Il est basé sur les meilleures pratiques et les nouvelles normes en soins d'urgence.

L'évaluation du rendement ne fait pas partie d'un processus régulier. Toutefois, une évaluation en cours de période d'initiation et d'essai est effectuée.

Les gestionnaires sont encouragés à évaluer le rendement et les compétences de tout le personnel sur une base régulière.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La procédure de triage est conforme aux pratiques attendues. L'attribution de cette zone de travail est une activité partagée par tous les membres du personnel infirmier sur une base rotatoire.

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission et au moment du transfert a été instauré dans la dernière année. Il est complété pour 50 % de la clientèle en raison d'une couverture limitée des ressources affectées à la tâche.

Le transfert des informations de l'urgence à un autre service se fait par téléphone. Il s'avère inefficace compte tenu des délais d'attente pour parler à l'infirmière, dans la plupart du temps elle est non disponible au moment opportun. Par conséquent, le rapport téléphonique devient expéditif et incomplet.

L'organisme est encouragé à revoir les conditions prévues au plan de déploiement du BCM et les appliquer afin qu'il soit fait pour tous les patients.

L'équipe est encouragée à mettre rapidement son projet de fiche de transfert d'informations afin que celui-ci se fasse complètement en toute sécurité dans son contenu.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Un dossier est constitué pour chacun des patients. La confidentialité est assurée par tous les intervenants.

La tenue manuscrite de statistiques est une pratique désuète qui génère une non-performance au niveau des ressources humaines. Il devient ardu et difficile de mesurer en temps réel la performance du service.

Les services des urgences sont invités à se doter d'un système informatisé plus performant pour le triage de l'urgence dans lequel des rapports de gestion en temps réel et à jour sont disponibles.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les moyens mis en place à la suite d'un exercice « Kaisen » ont permis d'améliorer la confidentialité et le climat dans la salle d'attente et d'optimiser les locaux avec l'aménagement d'une aire d'observation pédiatrique.

L'équipe est en mesure de reconnaître les événements indésirables et la procédure pour les rapporter est bien connue et utilisée.

La double identification est appliquée partout à l'urgence et l'équipe en est félicitée.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Un protocole d'identification d'un donneur potentiel a été élaboré en conformité avec les exigences de Québec Transplant. Lorsqu'une situation se présente, l'équipe fait appel à une infirmière clinicienne désignée.

3.2.17 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant au début des services quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif devrait être effectué périodiquement selon ce qui est approprié pour le client ou la population qui reçoit les services.	POR
8.3.1	L'équipe fournit les justifications documentées qui expliquent de clients ou de populations cibles pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments sera établi.	**PRINCIPAL**
8.3.2	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au début des services et périodiquement selon ce qui est approprié pour les clients ou les populations qui reçoivent des services.	**PRINCIPAL**
8.3.3	L'équipe produit ou met à jour une liste complète des médicaments que le client prenait avant le début des services (meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)).	**PRINCIPAL**
8.3.4	L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits).	**PRINCIPAL**
8.3.5	L'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., le médecin de famille) une copie du MSTP et de l'information claire sur les changements.	**SECONDAIRE**
8.3.6	Une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client.	**PRINCIPAL**
8.3.7	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	**SECONDAIRE**

12.2	L'équipe établit, de concert avec le client, la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif des médicaments doit être refait périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.		POR
	12.2.1	L'équipe fournit les justifications documentées qui expliquent la sélection des clients ou des populations cibles exigeant un bilan comparatif des médicaments. Elle détermine aussi les points de la prestation des services qui présentent un risque et qui requièrent l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments.	**PRINCIPAL**
	12.2.2	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand il y a risque d'erreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et pour le refaire périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.	**PRINCIPAL**
	12.2.3	L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits).	**PRINCIPAL**
	12.2.4	Au moment du transfert ou du congé, l'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., médecin de famille, prochain prestataire de soins) une copie de la liste de médicaments à jour et de l'information claire sur les changements apportés.	**PRINCIPAL**
	12.2.5	Le processus est une responsabilité partagée qui inclut le client ou la famille, et un ou plusieurs prestataires de soins de santé, comme le personnel infirmier, le personnel médical et le personnel de la pharmacie, au besoin.	**SECONDAIRE**

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le secteur des soins ambulatoire visité a été celui de l'insuffisance cardiaque. Ce dernier s'inscrit dans le programme-clientèle en soins cardiopulmonaires et est étroitement lié avec le programme clientèle en soins cardiopulmonaires et en soins respiratoires.

La structure organisationnelle de la gestion par programme est à juste titre une dynamique de cogestion gagnante. Les soins ambulatoires en insuffisance cardiaque s'inscrivent dans cette approche dont le fil conducteur pour assurer des soins intégrés est la trajectoire de soins en pré et posthospitalier.

L'équipe connaît bien sa clientèle. Les services sont planifiés et basés sur de l'information provenant de diverses sources, dont les profils populationnels déposés par l'Agence de la santé et services sociaux de la région. Elle possède des statistiques justes sur la clientèle desservie en Estrie et hors territoire.

Le centre de réadaptation cardiaque est reconnu comme un leader régional de par son expertise au niveau des pratiques standardisées de ses 10 cardiologues.

Processus prioritaire : Compétences

L'interdisciplinarité est bien saisie et favorise une approche coordonnée des différents professionnels détenant des expertises différentes et complémentaires. Les rencontres d'équipe sont faites régulièrement dans le cadre de la gestion des soins pour les clientèles spécifiques de la trajectoire de soins. Les usagers sont évalués par des processus bien établis.

L'équipe évalue son fonctionnement régulièrement et apporte les améliorations selon le besoin.

Il est à noter qu'il n'y a pas d'utilisation de pompes à perfusion dans ce secteur de soins.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'étendue des services est en accord avec les orientations stratégiques de l'organisation. Les activités de soins sont spécifiques au modèle de cliniques externes et l'accessibilité aux soins est faite de jour du lundi au vendredi de 8 h à 16 h. Le programme de réadaptation offre des plateaux techniques pour les activités physiques notamment avec son gymnase et sa piscine qui répond bien aux besoins présents.

Le bilan comparatif n'est pas déployé dans le service des soins ambulatoires pour l'insuffisance cardiaque.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les protocoles sont établis en fonction des lignes directrices de la Société canadienne de l'insuffisance cardiaque.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'interdisciplinarité est bien saisie et favorise une approche coordonnée des différents professionnels détenant des expertises différentes et complémentaires. Les rencontres d'équipe sont faites régulièrement dans le cadre de la gestion des soins pour les clientèles spécifiques de la trajectoire de soins des insuffisants cardiaques. Les usagers sont évalués par des processus bien établis.

L'équipe évalue son fonctionnement régulièrement et apporte les améliorations selon le besoin. Un des enjeux qui permettrait de bonifier l'offre de service serait d'ajouter un intervenant psychosocial à l'équipe.

L'équipe est très préoccupée à la gestion des risques, elle affirme bien les connaître. La double identification est faite à 100 % et l'identification des patients à risque de chutes fait partie intégrante du processus d'évaluation. À cet égard, des rampes à main-courante ont été installées par mesure de prévention.

Le profil de la clientèle est vulnérable en période de chaleur accablante. L'organisme doit s'assurer que la climatisation de ses locaux et des aires d'attente sont adéquates.

3.2.18 Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.2	Pour aider les clients à faire des choix éclairés, les membres de l'équipe fournissent aux clients et aux familles de l'information précise, complète en temps opportun au sujet des services de télésanté qui doivent être offerts.	!
8.3	L'équipe s'assure que les clients et les familles comprennent bien l'information fournie sur les services, et elle consigne cette vérification dans le dossier du client.	!
8.4	L'équipe obtient le consentement éclairé du client avant d'entreprendre les services de télésanté.	!
8.5	L'équipe respecte le processus de l'organisme pour faire face aux problèmes d'éthique qui découlent de l'utilisation des services de télésanté.	!
9.5	L'équipe respecte les lois pertinentes, les politiques de l'organisme, les normes de pratique professionnelle reconnues et les codes de déontologie en vigueur lorsqu'elle offre des services de télésanté aux clients.	!
10.2	Lorsqu'elle offre des services de télésanté, l'équipe se conforme aux politiques et procédures sur la consignation de l'information relative aux clients et la conservation des dossiers.	!
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Direction clinique
L'équipe du service de la télésanté est une équipe engagée et dynamique qui a développé un site Web fort intéressant et contient des informations pour les utilisateurs au niveau de la téléformation.
Processus prioritaire : Compétences
Les compétences acquises dans les travaux antérieurs sont excellents.
Processus prioritaire : Épisode de soins
L'équipe travaille en étroite collaboration et partenariat avec les chefs administratifs et médicaux des programmes, afin de connaître leur besoin et d'y répondre. Dans le cadre de l'épisode de soins, l'équipe de télésanté qui relève du RUIS agit comme consultant auprès du CHUS et de ses partenaires.
Processus prioritaire : Aide à la décision
Les outils développés sont bien intégrés.
Processus prioritaire : Impact sur les résultats
L'équipe mesure la portée de leurs travaux de façon à améliorer leurs activités. L'équipe est invitée à poursuivre les travaux afin de faire connaître au CHUS et aux partenaires leur offre de service.

3.2.19 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales

Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération		
2.3	La formation offerte à l'équipe doit inclure l'utilisation de toutes les pompes à perfusion. 2.3.1 Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	POR **PRINCIPAL**
2.8	Les dirigeants de l'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
3.1	Lors de la planification et de la conception des salles d'opération, l'organisme prend en considération le déplacement des clients, les allées et venues ainsi que l'ergonomie et la logistique qui accompagnent la circulation de l'équipement.	
3.2	L'organisme conçoit les salles d'opération dans le but de promouvoir l'utilisation appropriée des installations.	
3.5	La salle d'opération comporte une zone d'accès limité pour l'entreposage stérile de l'équipement, des fournitures et des appareils médicaux.	!
3.6	L'équipe affiche, suit et documente un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération et des zones connexes.	!
4.2	Le membre de l'équipe qui en est responsable vérifie que le client a consenti de façon éclairée à l'intervention et à l'anesthésie, s'il y a lieu.	!
6.5	Les membres qualifiés de l'équipe administrent les antibiotiques préopératoires dans le délai approprié.	!
6.9	Immédiatement avant l'intervention, l'équipe effectue un temps d'arrêt afin de confirmer l'identité du client, la nature de l'intervention chirurgicale ainsi que la région et l'endroit où elle sera pratiquée.	!
12.6	L'organisme transporte les articles contaminés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux clients ou des zones très achalandées.	!
12.7	Lors du transport d'équipement ou d'appareils contaminés, l'organisme se conforme aux lois en vigueur, vérifie les conditions environnementales et utilise des contenants, des boîtes, des sacs et des véhicules de transport propres et appropriés.	!

12.10	L'équipe range l'équipement, les appareils médicaux et les fournitures propres et stériles selon les directives du fabricant et les sépare de l'équipement souillé et des déchets.	!
12.11	L'équipe peut retracer tous les articles ayant été stérilisés ou retraités afin de pouvoir les rappeler en cas de défaut ou de bris du système de stérilisation.	!
12.12	L'équipe suit une procédure écrite pour le rappel, à l'interne, de l'équipement, des appareils médicaux et des fournitures utilisés en chirurgie lorsque la stérilisation est remise en cause.	!
Ensemble de normes : Services de chirurgie		
4.4	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	POR
4.4.1	Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	**PRINCIPAL**
4.8	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
7.7	L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.	POR
7.7.1	L'organisme dispose d'une politique ou d'une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse.	**PRINCIPAL**
7.7.3	L'équipe établit des mesures visant le recours à la thromboprophylaxie adéquate; vérifie la mise en oeuvre de la thromboprophylaxie appropriée; et utilise cette information pour apporter des améliorations à ses services.	**SECONDAIRE**
7.7.5	L'équipe donne de l'information aux professionnels de la santé et aux clients sur les risques et la façon de prévenir la TEV.	**SECONDAIRE**
7.12	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.	POR
7.12.1	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.	**PRINCIPAL**
8.3	L'équipe obtient le consentement éclairé du client avant d'entreprendre l'intervention.	!
10.3	Un membre qualifié de l'équipe exécute les ordonnances et distribue les médicaments au moment opportun et avec précision.	!
10.5	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	

10.6	L'équipe respecte les politiques établies par l'organisme pour conserver et éliminer les médicaments de façon sûre et sécuritaire.		!
11.4	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).		POR
	11.4.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	**PRINCIPAL**
	11.4.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	**PRINCIPAL**
	11.4.3	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	**PRINCIPAL**
	11.4.4	Dépendant du point de transition, une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client (transfert à l'interne), OU, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé) qui est communiqué au client, au médecin ou au prestataire de services dans la communauté, et à la pharmacie communautaire, s'il y a lieu (au congé).	**PRINCIPAL**
	11.4.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client ou la famille, et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins et le personnel des pharmacies, selon le cas.	**SECONDAIRE**
11.5	L'équipe transmet efficacement les renseignements d'un prestataire de services à l'autre aux points de transition.		POR
	11.5.1	L'équipe a établi des mécanismes pour veiller à ce que l'information soit transmise adéquatement et en temps opportun aux points de transition.	**PRINCIPAL**
	11.5.2	L'équipe a recours aux mécanismes établis pour transmettre l'information.	**PRINCIPAL**
11.6	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille, l'organisme ou l'équipe où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.		

15.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.		POR
	15.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
	15.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
	15.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
	15.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
	15.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
16.1	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de chirurgie.		

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

La vision du programme est d'offrir un continuum de soins centré sur le patient.

Depuis la dernière visite, il y a eu la mise en place de la liste de vérification sécuritaire de chirurgies, la poursuite des efforts pour standardiser les protocoles et procédures sur les 2 sites, l'introduction d'outils cliniques communs et l'achat d'équipements et instruments chirurgicaux.

Malgré la mise en oeuvre d'une liste de vérification sécuritaire de chirurgies en trois temps dans l'ensemble des blocs opératoires, l'équipe est invitée à s'assurer que la liste utilisée respecte l'ensemble des critères énumérés par l'OMS et que la vérification se fait au moment opportun afin de permettre au patient de participer à cette étape. Le comité du bloc opératoire a revu les règlements du bloc opératoire qui devront recevoir leur approbation en septembre 2013.

Certains enjeux qui ont été soulevés à la dernière visite demeurent problématiques. Soulignons l'appréciation de la contribution des employés qui n'est pas faite de façon systématique, la surutilisation de la stérilisation urgente (Flash) sur les 2 sites, car il y a au-delà de 780 événements annuellement. La cible est de zéro. Selon les normes en vigueur, l'utilisation du flash exige une déclaration AH-223; ce qui n'est pas fait présentement.

Lors de la visite, les responsables du programme de chirurgie n'ont pu fournir des objectifs annuels, de suivi d'indicateurs de processus, d'issues cliniques ou des indicateurs de qualité. Il n'existe pas de tableau de bord. Le programme de soins chirurgicaux doit développer une culture de mesure.

Lors de la réalisation des traceurs cliniques, les patients qui ont été rencontrés étaient très satisfaits des soins. Ils rapportent le dévouement des équipes soignantes. La documentation remise aux patients mérite d'être revue afin que le langage soit conforme aux pratiques optimales en communication grand public.

L'application des procédures, des protocoles et des règles de soins ne sont pas toujours respectés par le personnel en ce qui concerne la prévention des infections, l'administration sécuritaire des médicaments, notamment pour les narcotiques et les médicaments à haut risque, et le transfert des informations cliniques aux points de transition.

La circulation du personnel dans les 2 blocs opératoires ne respecte pas les normes attendues. L'on observe une circulation importante du personnel dans les aires de dépôts de matériaux stériles et des fournitures à usage unique ainsi que dans les interchambres on retrouve des fournitures stériles dans ces endroits. De plus, les portes de ces espaces sont toujours ouvertes, nuisant au maintien d'une qualité d'air optimale.

La gestion des médicaments aux blocs opératoires, incluant le service postanesthésiques, ne respecte pas les normes attendues. Il y a un inventaire considérable de médicaments qui n'est pas dans un endroit sécurisé.

L'organisme est encouragé à bien définir les rôles et responsabilités pour les équipes du bloc opératoire, des équipes d'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), du département de pharmacie, du service technique et l'équipe de prévention des infections pour les zones grises du bloc opératoire dans le but de s'assurer que les normes sont respectées au bloc opératoire.

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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

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

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

- **Période de collecte de données : 5 octobre 2012 au 31 octobre 2012**
- **Nombre de réponses : 18**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

		% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
		Organisation	Organisation	Organisation	
1	Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	0	17	83	92
2	Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	6	94	95
3	Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités dont clairement définis.	0	0	100	96
4	Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	0	0	100	93

		% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
		Organisation	Organisation	Organisation	
5	Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	0	0	100	92
6	Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	6	6	89	93
7	Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	98
8	Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	0	0	100	95
9	Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	6	6	89	94
10	Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	11	89	93
11	Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	6	6	89	90
12	La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	6	94	92
13	La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	11	0	89	95
14	On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	0	100	86
15	Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	0	100	96
16	Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	6	94	95

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	96
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	0	12	88	76
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	13	25	63	68
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	18	18	65	66
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	17	83	77
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	29	43	29	59
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	12	6	82	82
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	0	0	100	84
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	13	20	67	68
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	6	94	94
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	6	17	78	86
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	96

		% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
		Organisation	Organisation	Organisation	
29	En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	12	12	76	83
30	Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	6	6	89	91
31	Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	6	0	94	91
32	Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	0	6	94	83
33	Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	0	100	88
34	La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	6	6	89	93
35	Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	92
36	Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	0	12	88	87
37	Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	92

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2012 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

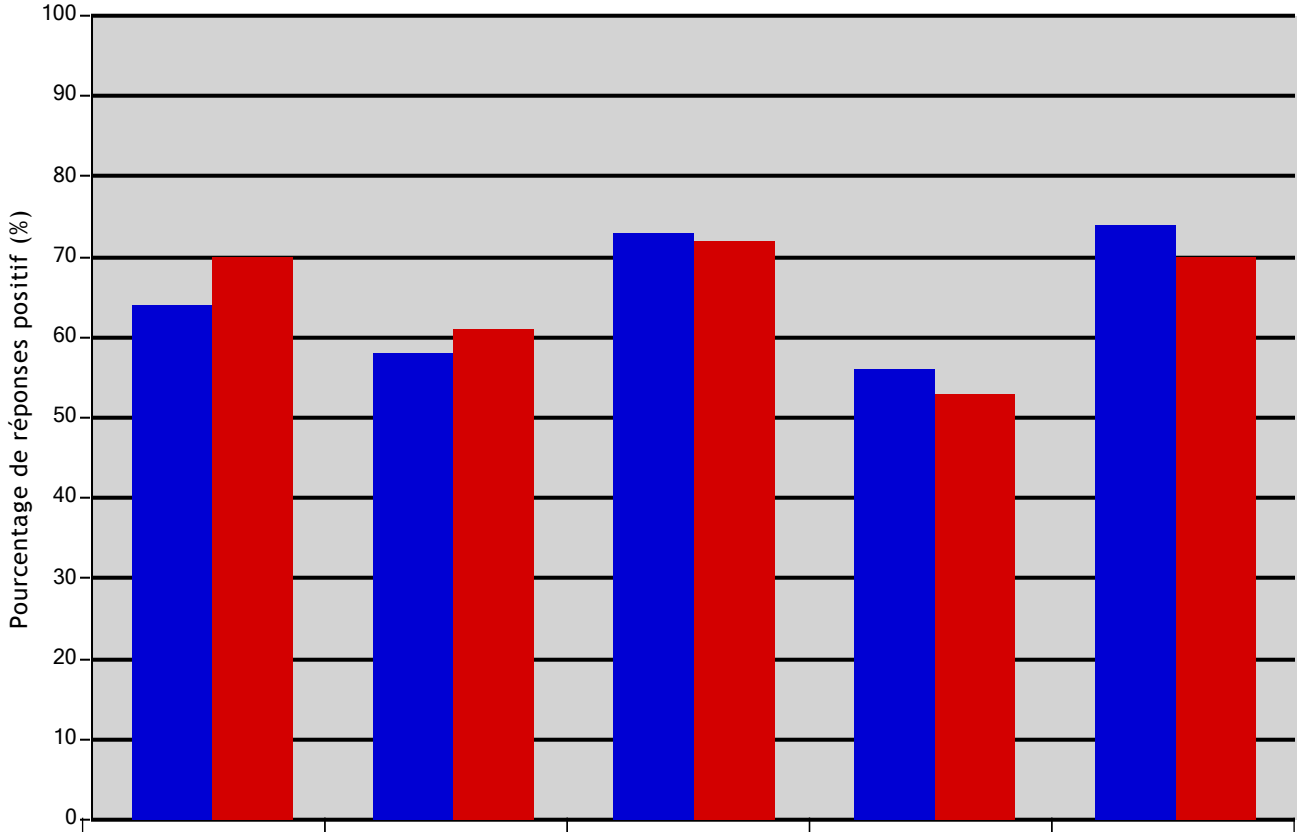
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 18 octobre 2012 au 10 décembre 2012**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 358**
- **Nombre de réponses : 457**

Culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



	Soutien de la haute direction en matière de sécurité	Leadership des superviseurs en matière de sécurité	Culture d'apprentissage sur la sécurité des patients	Obstacles à la communication ou capacité de parler des erreurs	Perception de la sécurité des patients dans son ensemble
	64%	58%	73%	56%	74%
	70%	61%	72%	53%	70%

Légende

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

* Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2012 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

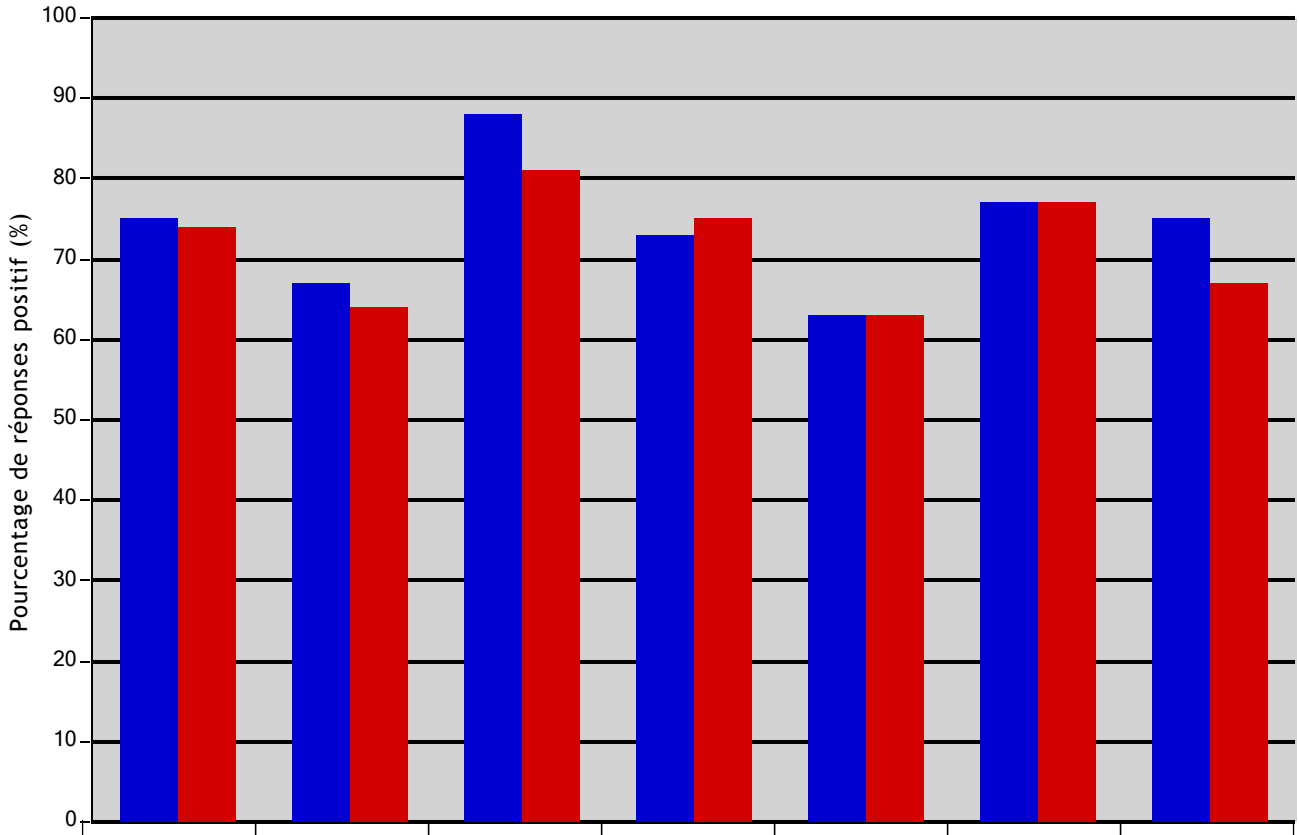
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 18 octobre 2012 au 10 décembre 2012**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 358**
- **Nombre de réponses : 942**

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats en fonction du milieu de travail



	Travail	Formation et perfectionnement	Collègues de travail	Superviseur immédiat	La haute direction	Sécurité et santé	En général
	75%	67%	88%	73%	63%	77%	75%
	74%	64%	81%	75%	63%	77%	67%

Légende

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

* Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2012 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'usager

Évaluer l'expérience de l'usager de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'usager, accroître la participation de celui-ci et alimenter les projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme, avant la visite, se sert d'un sondage sur l'expérience vécue par l'usager qui porte sur les dimensions suivantes :

Respect des valeurs des usagers, de leurs besoins et de leurs préférences, dont le respect des droits, des valeurs culturelles et des préférences des usagers; l'obtention d'un consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et l'encouragement à une participation active à la planification des soins et à la prestation des services.

Partage d'information, communication et enseignement, y compris fournir l'information que les gens désirent obtenir, assurer une communication ouverte et transparente, et offrir de l'enseignement aux usagers et à leur famille au sujet des questions liées à la santé.

Coordination et intégration des services d'un point de service à l'autre, dont l'accès aux services, un service continu dans l'ensemble du continuum de soins et la préparation des usagers pour le congé ou la transition.

Amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne, y compris pour ce qui est d'offrir le confort physique, la gestion de la douleur, le soutien émotionnel et spirituel et du counseling.

L'organisme a ensuite la possibilité de voir aux possibilités d'amélioration et de discuter des projets liés à l'amélioration de la qualité avec les visiteurs durant la visite d'agrément.

Exigence du programme sur l'expérience vécue par l'usager	
L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'usager en se servant d'un outil et d'une approche qui répondent aux exigences du programme d'agrément.	Conforme
L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'usager.	Conforme

Section 5 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.

La visite d'agrément 2013 a été une expérience enrichissante et stimulante pour tous. L'approche et la compétence des visiteurs ont suscité discussions et partages d'expériences avec nos gestionnaires et l'ensemble du personnel rencontrés lors de la visite.

Dans l'ensemble, les observations et les constatations du rapport de visite reflètent aussi bien les succès que les défis de l'organisation. L'attitude positive et l'approche adoptées par les visiteurs ont encouragé les intervenants à maintenir, voire améliorer, leur engagement envers la qualité des soins et la sécurité des patients.

Nous sommes particulièrement fiers de constater que l'engagement du personnel envers la clientèle est reconnu d'année en année.

Nous retenons de cette visite l'importance de poursuivre nos efforts pour renforcer et soutenir la culture de qualité dans toute l'organisation. Il s'agit d'un de nos objectifs stratégique 2012-2015. Nous retenons également la pertinence de continuer de faire, à mi-chemin du cycle d'agrément, une autoévaluation rigoureuse et bien structurée. Celle-ci est à la fois formatrice et mobilisatrice pour l'organisation. Elle améliore la communication et la collaboration au sein des équipes et entre les différents programmes. Les sondages sont également révélateurs et utiles pour recadrer, au besoin, les approches transversales en matière de culture de sécurité et de climat de travail.

Annexe A Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 10 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

Planification des mesures à prendre

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

Évaluation des preuves et amélioration continue

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

Annexe B Processus prioritaires

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.

Processus prioritaire	Description
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

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

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Direction clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Don d'organes (donneur vivant)	Offrir des services de don d'organes provenant de donneurs vivants, par exemple, en appuyant les donneurs potentiels dans une prise de décisions éclairée, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur et en réalisant des procédures liées aux dons d'organes.
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.
Épisode de soins	Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestateur de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

Processus prioritaire	Description
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestateurs de services, les clients et les familles.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.