PROGRAMME CONJOINT

Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément

Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie

Cowansville, QC

Dates de la visite d'agrément : 6 au 11 octobre 2013

Date de production du rapport : 6 novembre 2013

CQA CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT
ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ
SUPPORTING INTEGRATED QUALITY MANAGEMENT

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

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) au programme d'agrément conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, une visite a eu lieu en octobre 2013. Ce rapport repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément se fient à l'exactitude de ces renseignements pour planifier et tenir la visite, ainsi que pour produire le rapport d'agrément.

Confidentialité

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

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément encouragent 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 compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

© Agrément Canada/Conseil québécois d'agrément, 2013

Un mot de la présidente-directrice générale d'Agrément Canada et du président du Conseil québécois d'agrément

Au nom d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, nous tenons à féliciter votre organisme de sa participation au programme conjoint d'agrément. Celui-ci est conçu de manière à s'intégrer à votre processus d'amélioration continu de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de sa pleine valeur.

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

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

Nous vous remercions de maintenir votre partenariat avec Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Nous tenons également à souligner le leadership et l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme conjoint d'agrément pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour votre établissement, votre clientèle et vos services.

Cordiales salutations,

Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Sean P. Clarke
Président

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	7
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	15
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	16
3.0 Résultats détaillés de la visite	18
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	19
3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services	19
3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance	20
3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources	21
3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain	22
3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	23
3.1.6 Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	25
3.1.7 Processus prioritaire : Communication	26
3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique	27
3.1.9 Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	29
3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients	31
3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	32
3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	34
3.2.1 Ensemble de normes : Populations vivant avec une maladie chronique	34
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	36
3.3.1 Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels	37
3.3.2 Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang	39
3.3.3 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	42
3.3.4 Ensemble de normes : Normes de gestion des médicaments	45
3.3.5 Ensemble de normes : Prévention des infections	47
3.3.6 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique	48
3.3.7 Ensemble de normes : Services d'obstétrique	49
3.3.8 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux	52

3.3.9 Ensemble de normes : Services de médecine	53
3.3.10 Ensemble de normes : Services de santé communautaire	57
3.3.11 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	59
3.3.12 Ensemble de normes : Services de soins intensifs	62
3.3.13 Ensemble de normes : Services des urgences	66
3.3.14 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	69
3.3.15 Ensemble de normes : Soins et services à domicile	72
3.3.16 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	75
4.0 Résultats des outils d'évaluation	80
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	80
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	84
4.4 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'usager	86
4.3 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	87
4.5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)	89
Annexe A Processus prioritaires	91

Section 1 Sommaire

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont des organismes privés, indépendants à but non lucratif. Ils établissent des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé et services sociaux. Les CSSS agréés par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences du programme d'agrément en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance, la mobilisation du personnel et l'expérience vécue par l'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.

Étant donné l'accent que le Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) met sur la qualité et la sécurité, il participe au programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. Les renseignements contenus dans ce rapport ont été compilés après la visite de l'organisme. Le rapport est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie 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 : 6 au 11 octobre 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 Centre d'accueil de Cowansville
  2 Centre d'hébergement Gérard Harbec
  3 CLSC de Bedford
  4 CLSC de Brome (Point de chute)
  5 CLSC de Cowansville
  6 CLSC de Sutton (Point de chute)
  7 Foyer Sutton
  8 Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
  9 Les Foyers Farnham
  10 Service de soutien à domicile Maison Saint-Louis

- **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 portant sur des populations spécifiques

  3 Populations vivant avec une maladie chronique

  Normes sur l'excellence des services

  4 Normes de gestion des médicaments
  5 Normes relatives aux salles d'opération
  6 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables
  7 Services de chirurgie
  8 Services de soins intensifs
  9 Services des urgences
  10 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
  11 Prévention des infections
  12 Soins et services à domicile

13 Soins ambulatoires
14 Services de laboratoires biomédicaux
15 Services de santé communautaire
16 Services d'imagerie diagnostique
17 Laboratoires et banques de sang
18 Services de soins de longue durée
19 Services de médecine
20 Banques de sang et services transfusionnels
21 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 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'usager
4 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)
5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)

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.)	77	7	0	84
Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	99	7	1	107
Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	533	59	25	617
Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	148	10	1	159
Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	156	9	14	179
Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	55	0	2	57
Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	769	108	49	926
Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	71	6	4	81
Total	**1908**	**206**	**96**	**2210**

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	32 (94,1%)	2 (5,9%)	0	76 (97,4%)	2 (2,6%)	0
Normes sur le leadership	45 (97,8%)	1 (2,2%)	0	81 (96,4%)	3 (3,6%)	1	126 (96,9%)	4 (3,1%)	1
Populations vivant avec une maladie chronique	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1	28 (80,0%)	7 (20,0%)	0	30 (78,9%)	8 (21,1%)	1
Services d'imagerie diagnostique	62 (96,9%)	2 (3,1%)	3	60 (100,0%)	0 (0,0%)	1	122 (98,4%)	2 (1,6%)	4
Services d'obstétrique	59 (96,7%)	2 (3,3%)	2	72 (98,6%)	1 (1,4%)	2	131 (97,8%)	3 (2,2%)	4
Prévention des infections	49 (98,0%)	1 (2,0%)	3	41 (97,6%)	1 (2,4%)	2	90 (97,8%)	2 (2,2%)	5
Banques de sang et services transfusionnels	27 (90,0%)	3 (10,0%)	12	14 (93,3%)	1 (6,7%)	2	41 (91,1%)	4 (8,9%)	14
Laboratoires et banques de sang	66 (89,2%)	8 (10,8%)	7	88 (92,6%)	7 (7,4%)	0	154 (91,1%)	15 (8,9%)	7
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	30 (81,1%)	7 (18,9%)	1	26 (56,5%)	20 (43,5%)	2	56 (67,5%)	27 (32,5%)	3

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 de gestion des médicaments	74 (97,4%)	2 (2,6%)	0	50 (100,0%)	0 (0,0%)	2	124 (98,4%)	2 (1,6%)	2
Normes relatives aux salles d'opération	56 (82,4%)	12 (17,6%)	1	23 (76,7%)	7 (23,3%)	0	79 (80,6%)	19 (19,4%)	1
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	34 (94,4%)	2 (5,6%)	4	53 (93,0%)	4 (7,0%)	2	87 (93,5%)	6 (6,5%)	6
Services de chirurgie	27 (93,1%)	2 (6,9%)	1	54 (83,1%)	11 (16,9%)	0	81 (86,2%)	13 (13,8%)	1
Services de laboratoires biomédicaux	16 (100,0%)	0 (0,0%)	0	31 (86,1%)	5 (13,9%)	0	47 (90,4%)	5 (9,6%)	0
Services de médecine	23 (88,5%)	3 (11,5%)	1	56 (81,2%)	13 (18,8%)	0	79 (83,2%)	16 (16,8%)	1
Services de santé communautaire	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	55 (100,0%)	0 (0,0%)	0	68 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de soins de longue durée	24 (100,0%)	0 (0,0%)	0	72 (100,0%)	0 (0,0%)	0	96 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de soins intensifs	24 (82,8%)	5 (17,2%)	1	52 (72,2%)	20 (27,8%)	21	76 (75,2%)	25 (24,8%)	22
Services des urgences	24 (80,0%)	6 (20,0%)	1	68 (84,0%)	13 (16,0%)	14	92 (82,9%)	19 (17,1%)	15
Soins ambulatoires	32 (97,0%)	1 (3,0%)	5	63 (87,5%)	9 (12,5%)	3	95 (90,5%)	10 (9,5%)	8
Soins et services à domicile	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	50 (96,2%)	2 (3,8%)	0	90 (97,8%)	2 (2,2%)	0
Total	**771 (93,0%)**	58 (7,0%)	43	1069 (89,5%)	126 (10,5%)	52	1840 (90,9%)	184 (9,1%)	95

* 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	1 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de chirurgie)	Non Conforme	3 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 soins de longue durée)	Conforme	4 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 des urgences)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5	2 sur 2
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Soins et services à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services d'obstétrique)	Non Conforme	1 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de chirurgie)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de soins intensifs)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services des urgences)	Non Conforme	3 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 au transfert ou au congé (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Non Conforme	0 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)	Conforme	1 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)	Conforme	1 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 soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins intensifs)	Conforme	1 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
Deux identificateurs de client (Soins et services à domicile)	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			
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes relatives aux salles d'opération)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services d'obstétrique)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 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 soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
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 (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins et services à domicile)	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)	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			
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	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 des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	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
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)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie)	Conforme	1 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 soins de longue durée)	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			
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Normes de gestion des médicaments)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Normes de gestion des médicaments)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
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)	Non Conforme	2 sur 3	0 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

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 infections			
Processus de stérilisation (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
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)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'obstétrique)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de chirurgie)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matiète de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de chirurgie)	Non Conforme	2 sur 3	1 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			
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins intensifs)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de chirurgie)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de soins intensifs)	Non Conforme	2 sur 3	1 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.

Les membres du conseil d'administration sont bien enracinés dans leur milieu et engagés dans l'organisation. La majorité des membres sont nouveaux sur le conseil. Ils reçoivent une solide formation sur les différentes fonctions qu'ils ont à jouer. Les meilleures pratiques de gouvernance sont en place et la gouvernance par tableau de bord viendra bientôt soutenir leur rôle dans l'organisation. L'efficacité des réunions est évaluée sur une base régulière. Parmi les défis auxquels ils auront à faire face ressort le maintien de l'offre de services dans un contexte financier difficile.

Les membres du conseil saisissent bien l'importance des partenaires avec qui ils interagissent. Cependant, ces derniers disent mal connaître les services offerts par le CSSS et ont la perception que l'organisme ignore l'ensemble de leurs offres de service. De même, la population semble avoir une méconnaissance des services disponibles et de leurs voies d'accès. Une meilleure communication de l'offre de service de l'organisme aiderait à optimiser leur utilisation.

L'organisme a procédé à une restructuration majeure de l'équipe de direction. La direction a adopté une approche proactive et propose une gestion axée sur les résultats dans un organisme qui est prêt à la recevoir. La haute direction s'est bien approprié le plan stratégique; il lui reste à le diffuser à l'ensemble de l'organisation et à le rendre opérationnel sur le terrain. À cette fin, une plus grande visibilité de la haute direction, souhaitée par les employés, aiderait à mieux faire connaître les orientations de l'organisme. Les gestionnaires de premier niveau ont une action mobilisatrice pour les équipes, ils favorisent le dialogue et les groupes de discussions; ils encouragent la formation continue et le perfectionnement professionnel. Le défi sera d'assurer la pérennité des projets en cours. Bien qu'il existe un programme de reconnaissance, celui-ci mérite d'être élargi.

L'organisme semble actuellement bien nanti en ressources humaines et est à revoir son organisation du travail. Il lui reste à corriger les quelques zones de vulnérabilité pour l'avenir. Le personnel connaît bien les projets de réorganisation du travail et les supporte. La culture de gestion axée sur les résultats et sur la qualité émerge dans l'ensemble de l'organisme. Sauf quelques exceptions, la double identification est bien implantée partout.

La population se montre très satisfaite de la qualité des services reçus; elle est convaincue d'y recevoir les soins les plus personnalisés et respectueux de la province. Même la nourriture y serait excellente. L'accessibilité aux services est facile sauf dans certains points d'accès.

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	
Bilan comparatif des médicaments à l'admission 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.	· Services d'obstétrique 9.5 · Services de chirurgie 7.13 · Services des urgences 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 chirurgie 11.4 · Services des urgences 11.5 · Services de soins intensifs 12.5
Deux identificateurs de client L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.	· Les normes sur les analyses de biologie délocalisées 8.2
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.	· Services d'obstétrique 9.9 · Normes relatives aux salles d'opération 6.8
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
Sécurité liée aux narcotiques L'organisme évalue et limite la disponibilité de produits narcotiques (opioïdes) et retire les formats à dose élevée des unités de soins.	· Normes de gestion des médicaments 3.6

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
Programme de gérance des antimicrobiens L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens.Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier ou des soins continus complexes.	· Normes de gestion des médicaments 1.3
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Programme d'entretien préventif Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.	· Normes sur le leadership 9.7
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'obstétrique 18.2 · Services de chirurgie 15.2 · Services de médecine 15.2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
Prévention des plaies de pression L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	· Services de soins intensifs 10.6 · Services de chirurgie 7.9 · Services de médecine 9.4
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.	· 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 clients porte sur des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les patients sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou le service.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, 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 A pour une liste des processus prioritaires.

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

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

!	Critère à priorité élevée
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.

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

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

La nouvelle équipe dynamique est centrée sur l'innovation et le développement. Beaucoup de travail de structuration a été accompli dans la dernière année. La direction est à faire le point sur la réalisation du plan stratégique. L'optimisation des services s'avère une priorité actuellement; plusieurs projets en sont nés. Un plan, pour en ordonner la réalisation, a été complété. Le personnel a été consulté et impliqué dès le départ sur les options d'optimisation possibles. Le message fut très bien reçu de sorte que le personnel est très au courant des projets et est en attente de sa réalisation dans son secteur.

Le défi sera d'assurer la pérennité des projets. Il est important que la direction reste à l'écoute des gestionnaires et des cadres intermédiaires. La direction est invitée à une plus grande visibilité sur le terrain afin de mieux connaître son personnel.

3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur la gouvernance		
7.8	Le conseil d'administration dispose d'un plan pour la relève du DG.	
10.6	Le conseil d'administration consulte régulièrement ses partenaires et la communauté au sujet de l'organisme et de ses services, et il les encourage à donner leur avis.	

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

Les membres du conseil d'administration sont bien enracinés dans la communauté. Pour la majorité, leur participation au conseil d'administration est récente. Ainsi une bonne part de leur travail de la dernière année fut consacré à la formation et à la structuration de leur mode de fonctionnement. Dans cette optique, l'arrivée d'un tableau de bord du conseil d'administration s'avérera un outil formidable d'efficience. Ce tableau est actuellement à l'état de développement. Les meilleures pratiques de gouvernance sont en place.

Les liens plutôt informels du conseil d'administration avec les partenaires fonctionnent bien. L'organisme est invité à objectiver les partenaires avec qui il développe des liens et à être proactif dans la recherche des besoins de ses partenaires.

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)
Le contexte budgétaire serré oblige l'équipe à être novatrice dans la recherche de solutions au maintien des services cliniques. L'outil web d'analyse des données de gestion de proximité va permettre aux gestionnaires une analyse détaillée menant à des solutions d'optimisation des services. Les efforts de formation à tous les intervenants constituent un effort formidable pour améliorer les compétences de tous dans l'analyse et le suivi budgétaire.

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		
2.9	Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille l'état de fatigue et de stress du personnel et des prestataires de services et s'emploie à atténuer les risques de sécurité qui s'y rattachent.	
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)

Le contexte de l'organisation permet à l'équipe de travailler aussi de façon plus proactive. Le processus d'analyse des données pour cerner avec précision la nature des besoins en ressources humaines est bien en place et appliqué dans certains secteurs. L'étendre aux autres secteurs d'activité permettrait à l'équipe d'avoir un portrait global, systématique et précis de la nature des points de vulnérabilité. Les projections en ressources humaines sur trois ans répondent aux exigences réglementaires, mais compte tenu des profils populationnels des employés une projection à plus long terme du moins dans certains secteurs permettrait de voir venir les difficultés. Les descriptions de postes et fonctions sont conformes aux données actuelles, mais leur mise à jour reste à compléter.

L'équipe est dans un processus de restructuration pour systématiser l'analyse des besoins de formation. Toutefois, une preuve de formation reçue mériterait d'être déposée au dossier de l'employé de façon systématique. L'appréciation du rendement sur une base régulière permettrait d'optimiser l'utilisation des ressources humaines. Le formulaire présentement en usage semble mal adapté à l'auto-évaluation des professionnels.

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.

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

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

Le programme de la gestion de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité et de ses services élaborés, encadre l'ensemble des activités des différents comités prévus par la loi sur les services de santé et les services sociaux.

C'est une volonté d'atteindre les plus hauts niveaux d'excellence en terme de qualité des services que le programme a été mis en place. Par contre, le plan de gestion des risques mériterait d'être révisé puisque sa dernière de version date de 2009.
Le plan stratégique de l'organisation 2012-2015 porté par les membres du conseil d'administration accorde une grande importance à la mise en place d'une culture de sécurité.

Les gestionnaires, les cadres, les membres du personnel et les médecins participent activement aux comités mis en place entourant la qualité.

Ces indicateurs sont regroupés en tableaux de bord. Celui-ci sert d'outil de pilotage axé sur la perspective stratégique et qui sera aussi utilisé au comité de direction de l'établissement dans sa réalisation de son mandat.

Les indicateurs de veille fournissent une évaluation générale de la performance de l'organisation et de la qualité des soins et des services. Ces indicateurs sont soumis à l'assemblée des gestionnaires chaque mois, au comité de gestion des risques, et aussi, au comité de vigilance et de qualité ainsi qu'au conseil d'administration. Les gestionnaires assurent la communication avec leur personnel sur le sujet.

La hiérarchisation du risque favorise l'identification des zones plus à risque.

Bien que le sondage effectué auprès des employés ait fait mention de crainte de représailles à leur endroit lorsqu'un accident se produisait, il y a eu une augmentation des déclarations. La culture de « non-blâme » est présente partout dans l'organisation actuellement.

Le taux des déclarations d'évènements, des incidents et accidents indésirables se rapportant aux médicaments, est en hausse depuis la dernière année ce qui porte à croire que le personnel est de plus en plus sensibilisé à l'importance de les signaler et de les gérer.

Il existe plusieurs projets « Lean » et plusieurs plans d'amélioration en découlent. Des audits ont été réalisés partout dans l'organisation. Pour n'en citer qu'un portant sur l'administration des médicaments, un plan a été réalisé pour la période 2012-2013 par l'observation directe lors du processus d'administration de médicaments dans deux centres d'hébergement du CSSS. Les indicateurs ont révélé une diminution significative du nombre d'erreurs des médicaments dans ces services après les suivis de cet audit.
L'organisme est félicité d'avoir cette préoccupation constante en lien avec la qualité et la sécurité envers leur clientèle et de l'accomplissement réalisé de l'équipe dans la transformation de la culture organisationnelle.

La gestion des plaintes est efficace et le processus est connu de tous. Les délais sont respectés dans les réponses aux plaintes.

Une séance de travail avec l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens (CMDP) a eu lieu portant sur la gestion de la qualité et la mesure et les indicateurs dernièrement. Les médecins sont intégrés dans le processus de l'amélioration continue de la qualité et s'en font les ardents défenseurs.

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 comité d'éthique clinique est fonctionnel depuis plusieurs années. Le mandat vient d'être revu pour s'ajuster à l'évolution de l'organisme. L'organisme a accès à une spécialiste en éthique à temps partiel selon les besoins et qui analyse les demandes. La dernière année, on s'est surtout préoccupé de bien asseoir les bases documentaires requises pour un fonctionnement harmonieux. Le comité est invité à se doter d'un processus structuré d'analyse des demandes afin de toutes les traiter.

3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Le plan de communication est fort bien structuré ainsi que le processus de réalisation. Par contre, sa diffusion reste à parfaire. Peu d'employés et de médecins connaissent les enjeux et la direction que prend l'organisme. Dans certains points de service, le message semble être connu et il est surprenant d'observer autant de personnes connaissant le processus employé pour optimiser les services et d'avoir hâte que ledit processus touche leur secteur.

Par contre, les services offerts par l'organisme sont mal connus de la population et des partenaires. De même, l'organisme ne semble pas bien connaître l'ensemble des services offerts par les partenaires.

L'organisme est à revoir l'architecture réseau de base de son système d'information. Ceci permettra une mise à jour rendue nécessaire par la croissance des informations à traiter. Les informations disponibles en ligne tant à l'interne qu'à l'externe ont besoin d'une réorganisation pour en accélérer et en faciliter l'accès. Les préoccupations de sécurité et de confidentialité des informations sont omniprésentes. Un lien avec les ressources humaines optimiserait la gestion des accès des actifs informationnels.

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)

Compte tenu du nombre important de sites, trois sites du CSSS ont été visités plus en profondeur pour l'évaluation de la norme sur l'environnement physique soit l'Hôpital Brome Missisquoi-Perkins, le centre d'accueil de Cowansville et le CLSC/CHSLD de Bedford. L'identification a été basée d'une part pour la taille du site et les différents services offerts et d'autre part pour les travaux en cours d'exécution.

Les endroits visités sont situés sur des sites privilégiés où l'on a su tirer profit de la vue sur l'extérieur de même que de la lumière du jour.

L'hôpital bénéficie d'espaces propres et bien éclairés. Plusieurs endroits ont subi des travaux de rénovation majeurs, notamment l'urgence, la pharmacie, le service de réadaptation et les laboratoires. Les corridors en général sont dégagés quoiqu'une attention particulière doive être accordée à certaines unités de soins. Des travaux sont en cours dans la cuisine et des mesures sont en place pour minimiser les impacts. Il demeure toutefois important d'assurer un entretien attentif des lieux afin d'éviter la circulation de poussière dans la zone de préparation des repas.

Les cuisines visitées bénéficieraient d'un calendrier d'entretien régulier entre autres pour le nettoyage des différentes hottes et des grilles de ventilation.

En général, des utilités sont réservées pour ranger le matériel propre. Toutefois, l'on retrouve certains endroits où le croisement du matériel souillé avec le matériel propre ou stérile existe toujours. L'espace alloué au bloc opératoire ainsi qu'à la zone de retraitement du matériel est exigu et aurait avantage à être mise à niveau.

La signalisation est visuelle et explicite et des efforts sont poursuivis en ce sens.

Les fumoirs sont réglementaires dans les sites hébergement. Sur le site de Cowansville, des travaux importants ont été entrepris afin que les postes des infirmières soient fonctionnels et que l'accès aux dossiers des résidents de même qu'à la médication soit conforme aux normes établies. Une attention soutenue doit être accordée afin de s'assurer que les chariots à médicaments demeurent sous clé lorsqu'ils sont laissés sans surveillance.

Des mesures sont prévues afin que les cylindres d'oxygène soient déposés dans un support approprié et que les locaux où ils sont rangés soient identifiés.

Les systèmes d'appoint sont en place. Les salles de la mécanique, de l'électricité et de chauffage sont dégagées et les différents systèmes sont facilement accessibles.

La liste des contrats de service d'entretien est disponible. Un calendrier des fréquences et des dates d'entretien effectuées apporterait un éclairage supplémentaire.

Le programme « ICI ON RECYCLE » est à souligner.

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		
14.5	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.	!
14.6	Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise les résultats de l'analyse et du bilan qui font suite à l'exercice, et revoit au besoin les plans et procédures d'intervention pour tous les dangers en cas de sinistres ou d'urgences.	
Ensemble de normes : Services des urgences		
2.6	L'équipe participe à des exercices pratiques réguliers du plan de préparation aux situations d'urgence.	!

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

Le plan de mesures d'urgence de l'organisme a subi une mise à jour en profondeur lors des derniers mois. Les mécanismes de coordination ainsi que le rôle et les responsabilités des intervenants y sont décrits clairement, et ce pour les risques de sinistre ou d'évènement identifié. Un comité des mesures d'urgence envisage de se réunir minimalement quatre fois par année.

Des rencontres sont en cours avec les directeurs généraux et les services d'incendie des différentes municipalités afin de développer une meilleure concertation des actions advenant des situations d'urgence. Les liens sont établis avec l'agence régionale.

Une équipe psychosociale en intervention d'urgence est formée et a prêté main-forte lors des événements survenus au Lac-Mégantic à l'été 2012.

Un outil de soutien d'information sur les mesures d'urgence (SIMU) est en implantation. Une formation de trois heures dispensée aux ASI par le technicien en prévention incendie permet une meilleure connaissance de l'outil. Le SIMU est déployé à l'urgence, en gériatrie, en médecine et en chirurgie. Il est prévu de terminer l'implantation dans l'ensemble de l'hôpital en mars 2014 puis de poursuivre le déploiement en centre d'hébergement.

Quoique de la formation ait été dispensée auprès d'équipe ciblée sur les pratiques pour mieux intervenir auprès de la clientèle ayant des comportements agressifs, il n'y a pas de programme annuel de formation en tant que tel, ni de mise à jour régulière offerte sur les mesures d'urgence. En outre, l'ensemble des employés reçoit une formation par le technicien en prévention des incendies, et ce dès leur arrivée dans l'organisation et une formation en ligne est aussi disponible. Autour de 50 % du personnel pratiquant à l'hôpital a accédé à la formation à ce jour, ce qui représente environ 20 % pour l'ensemble du CSSS.

Il n’y a pas eu d’exercice pratique depuis quelques années et aucune planification n’est élaborée à court terme.

Une compagnie spécialisée assure la vérification des équipements notamment les tableaux d’affichage, les alarmes, les détecteurs et les gicleurs. Un rapport complet des contrôles effectués est disponible.

L’élaboration d’un plan de relève est disponible pour quelques sinistres potentiels.

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 des urgences		
2.3	L'équipe a mis en place des stratégies pour gérer les engorgements et les périodes de pointe dans le service des urgences de façon efficace.	!
6.3	L'équipe reconnaît rapidement les engorgements du service des urgences et elle suit les protocoles pour déplacer les clients ailleurs dans l'organisme.	!

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

Aucun commentaire n'est écrit pour ce processus prioritaire.

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 sur le leadership		
9.7	Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.	POR
9.7.1	Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.	**PRINCIPAL**
9.7.3	Le personnel d'encadrement de l'organisme dispose d'un processus pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.	**SECONDAIRE**
Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables		
3.1	Lors de la planification et de la conception du service de retraitement des appareils médicaux, l'organisme tient compte du volume et des types de services de retraitement et de stérilisation, du déplacement des appareils et de l'équipement et de la circulation.	
3.2	L'accès au service de retraitement des appareils médicaux est limité aux membres de l'équipe appropriés, et des affiches l'indiquent clairement à tous les points d'entrée.	!
3.6	Pour les planchers, les murs, les plafonds, les installations fixes, la tuyauterie et les surfaces de travail, l'organisme choisit des matériaux qui limitent la contamination, qui facilitent le nettoyage et la décontamination et qui ne répandent pas de particules ou de fibres.	
5.1	Les entrées et les sorties des aires de retraitement du service de retraitement des appareils médicaux sont équipées des installations nécessaires à l'hygiène des mains, y compris les secteurs de soutien au personnel.	
5.2	Les installations d'hygiène des mains du service de retraitement des appareils médicaux sont équipées de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou d'un oeil magique.	!
5.4	Dans leur milieu de travail, les membres du personnel ont accès aux fournitures nécessaires pour permettre de bien se laver les mains, ce qui inclut des distributeurs de savon ou de serviettes en quantité suffisante et en bon état de fonctionnement ou des agents de lavage des mains de base alcoolique.	

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

Il y a un service de génie biomédical dans l'organisation qui a développé un processus d'achat et de contrôle des instruments et d'appareils médicaux d'entretien. Il existe un programme d'entretien préventif pour les appareils ou les instruments médicaux que pour ceux de l'état de criticité de niveau 1 soient ceux qui mettent directement en jeux la vie du client notamment les ventilateurs assistés. L'organisation est encouragée à poursuivre ses efforts pour établir le programme d'entretien préventif complet pour tous les appareils ou instruments médicaux même ceux de l'état de criticité de niveau 2 et de niveau 3.

Le service a des tableaux de bord réalisés en partie pour un nombre de 2 300 équipements répertoriés et 850 instruments environ sont suivis par le service du génie biomédical de façon régulière.

L'organisation est invitée à se promouvoir d'un processus pour permettre au personnel d'encadrement d'évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif. Le service des approvisionnements, du magasin et des achats est efficace et son processus de distribution est excellent.

Au secteur de retraitement des équipements et des appareils médicaux, les membres de l'équipe ont suivi une formation reconnue du Cegep St-Laurent en retraitement et un membre possède aussi une certification sur le retraitement des endoscopes. L'équipe est compétente et a beaucoup de rigueur dans les fonctions à réaliser qui s'assure d'élever le niveau en retraitement et de préserver la sécurité des clients. Le système de classification reconnu Spaulding est utilisé pour déterminer si la stérilisation est requise.

Le service de retraitement est encouragé à éliminer l'utilisation rapide de la stérilisation. C'est le seul endroit dans l'organisation où l'on retrouve ce type de stérilisation.

Le programme d'orientation du personnel est bien structuré et est réalisé par compagnonnage.

L'aménagement physique du service de retraitement et de stérilisation n'est pas conçu pour répondre aux normes requises actuelles du CSA. Dans les salles, des armoires et des surfaces de travail sont recouvertes de matériaux usés, en bois écorché, sans peinture, poreux, ne répondant pas aux normes requises. Il n'y a pas de lavabo désigné pour l'hygiène des mains. Le personnel doit se laver les mains dans les lavabos de trempage et de nettoyage des instruments médicaux contaminés ou à l'extérieur des salles avec des dispensateurs de gel. De plus, il n'y a aucun lavabo équipé de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou avec un œil magique.

L'organisme est fortement encouragé à considérer d'autres espaces plus appropriés que le service de retraitement dans l'aire contaminée pour le dépôt de médicaments, de fioles et autres fournitures médicamenteuses rangées dans un réfrigérateur. Ce dépôt médicamenteux improvisé occasionne un va-et-vient dans cette aire contaminée par les infirmières de la salle d'opération occasionnant un risque d'infection. L'organisme est encouragé à déplacer ses fournitures dans un endroit plus approprié.

Le volume d'appareils et d'équipements médicaux est en constante évolution et le type de services de retraitement fait en sorte qu'un seul laveur décontaminateur ne suffit plus. Plusieurs chariots mobiles chargés d'instruments contaminés provenant des salles d'opération en fonction étaient en attente pour être passé au laveur décontaminateur. Ce qui occasionne des embouteillages et des retards dans le retraitement.

3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires

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

Les processus prioritaires propres aux normes sur les populations spécifiques sont les suivants :

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.

3.2.1 Ensemble de normes : Populations vivant avec une maladie chronique

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques		
2.1	L'organisme établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services aux populations vivant avec une maladie chronique.	
6.3	L'organisme utilise le système d'information clinique pour établir les priorités de service en classant les clients selon leur maladie et d'autres facteurs tels que la comorbidité.	
6.5	L'organisme utilise le système d'information pour produire régulièrement des rapports sur le rendement et la conformité aux lignes directrices, et pour améliorer les services et processus.	
6.6	L'organisme surveille et valide la qualité des données provenant du système d'information clinique.	
6.7	L'organisme revoit et améliore régulièrement son système d'information clinique.	
7.1	L'organisme cerne et assure le suivi des indicateurs de rendement pour la gestion des maladies chroniques.	!
7.4	L'organisme compare ses résultats à ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
7.5	L'organisme utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et il apporte des améliorations au bon moment.	

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques
Le service de gestion des maladies chroniques est une nouvelle initiative dans l'organisme. Les clientèles ciblées sont le fruit d'une étude populationnelle. Deux initiatives ont été priorisées, soit la maladie pulmonaire obstructive chronique et le diabète. Une clinique « DÉPART » pour le dépistage de la maladie pulmonaire obstructive chronique est mise sur pied et se déplace dans les régions. À cette clinique s'associent des interventions sur l'arrêt du tabagisme. Malgré un leadership médical initial important, le programme n'a pas eu de leadership médical dans la dernière année. Un coordonnateur médical vient tout juste d'être nommé et est très enclin à pousser l'initiative. Il est aussi souhaitable de réactiver le comité stratégique. Le service dispose d'une petite équipe. Le poste d'infirmière sera maintenant dans la communauté afin de s'aligner plus avec le travail de prévention et le travail de première ligne. Il y a eu un peu de mouvement dans ce poste dans la dernière année. La collaboration avec la première ligne par l'intermédiaire de la Direction régionale de médecine générale est bonne. Les partenaires du milieu tel que l'Association du diabète Brome Missisquoi sont impliqués dans l'élaboration et la participation aux programmes.

3.3 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.

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.

3.3.1 Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels		
14.3	L'équipe traite uniquement les demandes écrites ou électroniques qui sont complètes, exactes et lisibles. Référence CSA : Z902-10, 10.2.1.	
18.1	L'établissement applique une procédure opératoire normalisée (PON) pour obtenir et consigner le consentement libre et éclairé du receveur avant de procéder à la transfusion. Référence CSA : Z902-10, 11.2.1.	!
18.2	L'établissement fournit de l'information au receveur qui comprend une description du sang total ou du produit sanguin labile, les risques et les avantages associés à la transfusion, les autres options qui s'offrent à lui ainsi qu'une description des risques et avantages qui s'y rattachent. Référence CSA : Z902-10, 11.2.1, 11.2.2.	!
18.3	L'établissement s'assure que l'information la plus récente concernant les risques associés aux transfusions soit mise à la disposition de son personnel. Référence CSA : Z902-10, 11.2.3.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels		

Dans l'organisation, à tous les niveaux, on note une préoccupation pour la médecine transfusionnelle. Il existe une belle collaboration entre le service de banque de sang et les unités de soins, le personnel infirmier comprend qu'il y a des normes et qu'elles doivent être respectées en tout temps.

Il existe un bon programme de formation offert à tout le personnel infirmier dès leur arrivée dans l'établissement, ce qui assure une rigueur dans l'exécution des activités de médecine transfusionnelle.

On retrouve sur chaque unité un aide-mémoire en 4 étapes qui résume bien toutes les exigences ainsi que les activités à réaliser pour une prestation sécuritaire en matière de transfusion sanguine. Le personnel interrogé connaît bien cet outil et il est soucieux du respect de toutes les étapes, celles-ci étaient bien consignées dans les dossiers consultés.

Pour faire suite à l'analyse des rapports d'accidents et incidents en médecine transfusionnelle l'établissement a constaté que presque toutes les déclarations faites avaient un point commun soit le non-respect du délai de 4 heures, entre la sortie du produit sanguin de la banque de sang et la fin de l'administration de celui-ci. Un projet « Kaizen » a été réalisé avec tous les acteurs clés et des moyens ont été mis en oeuvre afin de respecter les délais prescrits par la norme. Une des actions privilégiées a été d'ajouter une affiche indiquant « Cette transfusion doit être terminée à :… ». On note déjà une amélioration marquée du respect des délais, le projet est constamment en évaluation afin de s'assurer de maintenir la cible.

À la banque de sang, nous avons constaté que les procédures de retrait étaient efficaces. En effet, lors du dernier retrait massif de produits sanguins demandé par Héma-Québec, les actions prévues pour mettre les produits en quarantaine ont été faites rapidement dès la notification de l'avis.

Tous les équipements de la banque de sang sont bien entretenus par les technologistes, les entretiens préventifs sont réalisés selon le calendrier prévu.

Les produits sanguins sont transportés à l'intérieur de l'hôpital sans un emballage secondaire. Afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des produits sanguins, il est suggéré d'ajouter un contenant secondaire, ce qui serait une bonne pratique à adopter.

Il existe une politique pour le consentement éclairé à la transfusion, mais celle-ci n'est pas appliquée. Tous les dossiers consultés ne présentaient aucune notification en regard du consentement à l'administration de produits sanguins. De plus, lors de notre visite, nous n'avons pas retrouvé sur les unités de soins le document informant les usagers des risques et avantages à la transfusion. Le défi qui demeure est la documentation en tout temps du consentement à la transfusion par le médecin au dossier du patient.

3.3.2 Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire		
6.4	Des profils de postes offrent une description détaillée des qualités, des tâches et du niveau d'autorité du membre du personnel. Référence ISO : 15189-07, 4.1.4, 5.1.1, 5.1.7, 5.1.8 et 5.1.12. Référence CSA : Z902-10, 4.3.1.2 et 4.3.1.4.	
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.	
7.8	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.	
10.5	Le laboratoire révise ses PON annuellement et plus souvent si cela est nécessaire. Référence CSA : Z902-10, 4.6.1.6.	
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.	!
14.2	La conception et la disposition des locaux permettent de laver, de nettoyer et de désinfecter toutes les aires de travail, l'équipement et les planchers. Référence CSA : Z902-10, 22.2.1 et 22.2.2.	!
16.1	Le laboratoire se conforme à un processus et à un calendrier d'entretien préventif documenté pour chaque instrument. Référence ISO : 15189-07, 5.3.2.	
16.2	Le laboratoire surveille, inspecte et procède au calibrage de ses instruments en suivant les directives des fabricants. Référence ISO : 15189-07, 4.2.5 et 5.3.2.	
16.5	Le laboratoire révise sur une base annuelle ses procédures relatives à l'entretien, à l'inspection et au calibrage des instruments et de l'équipement et les met à jour, au besoin. Référence CSA : Z902-10, 23.1.1, 23.2.1.	
19.5	Tout le personnel connaît et se conforme aux exigences des fiches signalétiques et du système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	!

21.2	La personne chargée de la sécurité a l'autorisation de mettre fin à toute activité en laboratoire jugée dangereuse.	!
21.3	Le programme de sécurité comprend des programmes d'orientation, de formation, de perfectionnement ainsi que des éléments portant sur son contrôle et son évaluation.	!
21.5	La personne chargée de la sécurité en laboratoire mène annuellement une vérification du programme et apporte les changements nécessaires.	!
22.5	Le laboratoire revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents, et apporte des changements à ses politiques ou à ses activités de formation.	!
23.1	Le laboratoire évalue régulièrement la conformité du personnel par rapport à son programme de sécurité et les comportements personnels sécuritaires. Référence CSA : Z902-10, 4.5.1.3.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire

Le service de biologie médicale du CSSS de la Pommeraie est composé des spécialités suivantes : la biochimie, et l'hématologie et la microbiologie. Le service supervise cinq centres de prélèvements.

Il faut souligner les deux projets d'amélioration qui sont en cours de réalisation au laboratoire soit la révision des mécanismes de transport pour les prélèvements sur le territoire ainsi que la gestion des files d'attente pour les prélèvements au CLSC de Cowansville. Même si ces projets ne sont pas tous complétés nous avons été en mesure de constater des améliorations. Les résultats obtenus à ce jour sont plus qu'encourageants et permettent de mieux gérer les priorités, d'améliorer la satisfaction de l'usager tout en améliorant la qualité de vie du personnel par une réorganisation efficace et une diminution du stress. En regard du mode de fonctionnement du transport entre les installations, les améliorations apportées permettent de s'assurer du maintien de l'intégrité et de respecter les délais de conservation des spécimens. Ces projets ont interpellé plusieurs acteurs du CSSS et ont permis de créer une synergie dans l'organisation.

L'atmosphère générale du laboratoire est excellente, l'esprit de groupe, la collaboration et l'entraide sont des valeurs auxquelles le personnel adhère. Le personnel travaille de façon professionnelle, est compétent, dédié et hautement polyvalent. La direction du laboratoire est à l'écoute des besoins de ses ressources humaines et fait tout en son pouvoir pour maintenir un milieu de travail qui permet au personnel de se développer.

Le programme d'évaluation des compétences est complet et digne de mention, il prend en compte tous les éléments de compétence. L'évaluation des technologistes est commencée et chaque technologiste a été évalué, au moins, dans un des secteurs d'activités, le processus est à compléter.

Lors de la conception du nouveau laboratoire, des efforts ont été déployés pour installer des postes de travail sécuritaires et ergonomiques. Les locaux sont sécuritaires et répondent aux normes en vigueur. Les personnes autorisées à circuler dans les aires du laboratoire connaissaient les risques et les précautions à suivre. Les zones de confinement sont bien définies et respectées. Le programme en santé-sécurité est complété, il ne reste que son évaluation à faire.

Le programme d'entretien et de gestion des déchets biomédicaux est bien structuré et respecté. Les équipements de secours comme les douches et les douches oculaires sont disponibles et un calendrier d'entretien est rigoureusement respecté.

Le parc technologique est impressionnant, pour un petit centre, ce qui lui permet d'offrir un excellent menu d'analyses, d'éviter les bris de services notamment la redondance des instruments et peut facilement répondre à une augmentation de demandes d'analyses afin de satisfaire aux besoins des cliniciens. À cet effet, des études de temps réponse pour les résultats d'analyses urgentes serait un pas supplémentaire vers l'amélioration des services.

Le programme d'entretien des équipements analytiques est rigoureusement suivi selon le calendrier prévu et est bien documenté. Cependant, il reste à compléter certaines activités pour les petits équipements.

Le système informatique des laboratoires accuse un retard technologique et de nombreuses lenteurs sont rencontrées. Le rehaussement de ce système est une préoccupation de la direction et le dossier suit son cours. Il serait souhaitable de prioriser le développement d'un système informatisé pour la microbiologie, car le fonctionnement actuel est plus que désuet. Par contre, l'acquisition du logiciel Observa en microbiologie a fourni un outil essentiel pour l'amélioration des services dans ce secteur pour les suivis de la performance des antibiotiques.

Il existe une bonne supervision professionnelle par les différents médecins du laboratoire. Ces derniers sont toujours disponibles pour transmettre leurs connaissances.

Chaque secteur utilise de bons outils de contrôle interne et participe régulièrement à des programmes de contrôle de qualité externe. Ce programme de contrôle de la qualité est complet et le suivi qui est exercé par les technologistes et les autres professionnels assure une fiabilité et une justesse des résultats d'analyse.

Il y a un suivi systématique pour toutes les non-conformités et le délai de traitement de celles-ci est très rapide de même que les suivis qui remontent au directeur pour une diffusion dans l'organisation lorsque nécessaire.

La gestion documentaire est faite avec un système maison. Bien que ce système soit adéquat, il semble avoir atteint ses limites. Il présente certaines lacunes, car il ne permet pas de bien documenter l'ensemble des activités requises dans un système structuré.
Des efforts doivent être consentis régulièrement afin de maintenir le système d'amélioration de la qualité.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées		
1.1	L'organisme dispose d'une politique qui définit clairement les liens hiérarchiques et contractuels ainsi que les rôles et les responsabilités en ce qui concerne les ADBD.	
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.	
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.	
4.6	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.	
4.8	L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client.	
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.	
6.2	L'organisme désigne une personne qui est responsable de la gestion de l'inventaire des réactifs et du matériel servant aux ADBD.	
6.3	L'organisme suit une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ADBD.	!

6.6	L'organisme utilise un processus standard et uniforme pour étiqueter les réactifs et le matériel.	!
7.1	Celui qui effectue une ADBD doit recevoir une requête écrite ou électronique d'un clinicien pour chaque 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.	!
7.4	L'organisme utilise une requête écrite standardisée pour les ADBD qui lui permet de recueillir toute l'information nécessaire au sujet du client, des échantillons et des analyses demandées.	!
8.2	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention. 8.2.1 Celui qui effectue une ADBD utilise au moins deux identificateurs de client avant d'effectuer une ADBD.	POR **PRINCIPAL**
8.7	Celui qui effectue une ADBD porte de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) conformément à la PON de l'organisme.	!
8.8	Celui qui effectue une ADBD enlève l'ÉPI avant de quitter la zone d'analyse.	
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.	
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.	
10.10	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.	

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

Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

Le comité interdisciplinaire mis en place au CSSS de la Pommeraie a travaillé fort afin de répondre aux exigences de la nouvelle norme des analyses de biologie délocalisées (ADBD).

Des outils ont été élaborés afin de définir les besoins de l'organisme en matière d'ADBD. Toute nouvelle demande d'analyse est bien documentée et doit répondre à des critères bien définis avant son acceptation. Le comité a pu ainsi identifier les ADBD qui sont autorisées à l'établissement comme les lecteurs de glycémie, les bandelettes urinaires et les tests de grossesse et la détermination du streptocoque A.

Les politiques et les procédures sur l'utilisation des lecteurs de glycémie, des bandelettes urinaires et des tests de grossesse ont été rédigées, adoptées et mises en place. Le même processus est en cours pour la détermination du streptocoque A, l'établissement est encouragé à poursuivre les démarches en ce sens. L'organisme est invité à définir les liens hiérarchiques ainsi que les rôles et les responsabilités des différentes catégories de personnel en ce qui concerne les ADBD sous forme de politique.

En ce qui a trait aux nouveaux lecteurs de glycémies, tous les utilisateurs ont été formés en collaboration avec la responsable des ADBD au laboratoire et les soins infirmiers. L'implication des super utilisateurs a permis de favoriser l'apprentissage du personnel et de répondre aux questions des utilisateurs. L'utilisation du code à barres, sur les cartes d'identité des employés, a favorisé la traçabilité de celui qui réalise une ADBD.

Un programme de contrôle de qualité interne et externe a été déployé pour tous les lecteurs de glycémie. La surveillance du contrôle de qualité interne est grandement simplifiée par l'utilisation du logiciel Cobas IT 1000. Il serait souhaitable que les causes des résultats déviants, s'il y a lieu, soient documentées et présentées au comité interdisciplinaire des ADBD.

Un programme de contrôle de la qualité interne a également été instauré pour les bandelettes urinaires et les tests de grossesse. Il reste à développer un contrôle externe pour ces analyses. Le comité s'est également penché sur l'utilisation des bilirubinomètres et a encadré la formation et l'utilisation d'un contrôle de qualité afin d'aider et de fournir du soutien aux utilisateurs, bien que pour cette analyse une ambiguïté demeure au fait de l'inclure ou non dans les ADBD.

L'organisme a entrepris l'évaluation de certains critères de non-conformités pour les lecteurs de glycémie et pour d'autres activités telle la surveillance du respect des procédures notamment le port des gants, la formation continue, et le suivi d'indicateurs qualité sont à poursuivre et à développer pour toutes les ADBD.

Un programme de formation continue et d'évaluation des compétences pourra venir soutenir les activités de maintien et d'amélioration continue de la qualité pour la réalisation des ADBD. La responsable au laboratoire ADBD devra être soutenue pour assurer la poursuite de la mise en œuvre du programme de gestion des ADBD.

3.3.4 Ensemble de normes : Normes de gestion des médicaments

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments		
1.3	L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier ou des soins continus complexes.	POR
1.3.5	L'organisme établit des mécanismes pour évaluer le programme de façon continue et partage les résultats avec les parties concernées à l'interne.	**SECONDAIRE**
3.6	L'organisme évalue et limite la disponibilité de produits narcotiques (opioïdes) et retire les formats à dose élevée des unités de soins.	POR
3.6.1	L'organisme a effectué une vérification des aires d'entreposage des narcotiques (opioïdes). La vérification comprend: la vérification du type et de la quantité de produits entreposés; et l'identification et le retrait des produits non nécessaires.	**PRINCIPAL**
8.3	L'organisme range les agents cytotoxiques de façon sécuritaire dans un endroit isolé qui est doté d'une ventilation adéquate.	!
12.5	La pharmacie utilise une hotte biologique à évacuation externe pour les produits cytotoxiques.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		
Processus prioritaire : Gestion des médicaments		

Le service de la pharmacie est composé actuellement de 7.4 équivalents temps complet de pharmaciens et de 10.6 assistantes techniques en pharmacie. Le rôle du service est bien intégré au sein de l'organisation.

L'organisme a un programme d'utilisation optimal des antibiotiques et un système standardisé pour mesurer la consommation des antibiotiques est créé. Le comité de pharmacologie auquel s'est jointe la microbiologiste a pour objectif, dès la première année, de faire adopter le guide de référence qui est prévu en novembre 2013, en plus de dresser le profil de résistance local et de mettre en place un outil standardisé pour l'antibioprophylaxie chirurgicale. L'organisation est encouragée à évaluer le programme de façon continue et à partager les résultats avec les parties concernées à l'interne.

L'implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) est faite depuis 2009 de l'admission aux transferts ou au congé du patient. Lors de l'admission, l'infirmière assure le suivi de la demande de profil à la pharmacie communautaire. Le médecin rédige l'ordonnance médicale avec le profil reçu et documente les divergences. L'assistante technique de la pharmacie complète le BCM avec l'aide du profil pharmaceutique

de la pharmacie communautaire et le pharmacien analyse les divergences. Lors du congé, le médecin ou le pharmacien complète les bilans et remet une copie au patient.

Actuellement, le déploiement d'implantation du BCM pour le CSSS est réalisé pour tous les secteurs sauf ceux de la chirurgie, de la santé mentale et de la chirurgie d'un jour et son déploiement pour ses services est prévu en 2014. Des audits ont été réalisés sur le sujet.

Le service de la pharmacie a revu l'utilisation des médicaments à risque élevé.

La liste des abréviations, des symboles et des désignations de dose, qui figurent dans la liste d'éléments à proscrire de l'ISMP est retrouvée partout dans l'organisation soit dans les dossiers médicaux et sur les unités de soins. La politique et la procédure sont en application. Tous les protocoles et toutes les ordonnances collectives provenant de la pharmacie ont été vérifiés ainsi que le logiciel pour ne pas retrouver d'abréviations à proscrire. Des rencontres ont eu lieu avec les médecins pour les informer de l'existence de cette liste. Des audits de dossier ont été réalisés sur ce sujet.

L'armoire contenant les narcotiques est exiguë et les risques d'erreurs sont élevés. La sécurité en regard du vol de son contenu est présente.

La préparation de solutions intraveineuses régulières est effectuée dans une aire nouvellement rénovée, isolée et équipée d'une hotte à flux laminaire certifiée telle que requise.

Par contre, actuellement lors de la préparation des produits cytotoxiques, les dispositifs se font en circuit fermé, et l'accès à ce local est à risques pour le personnel. Une nouvelle hotte biologique à l'évacuation externe pour les produits cytotoxiques est en construction présentement et sera mise en fonction le 7 novembre 2013.

3.3.5 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections		
5.7	L'organisme surveille la conformité aux politiques et procédures relatives à la prévention des infections.	
7.3	L'information donnée aux clients et aux familles est consignée dans le dossier du client.	!

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

L'équipe en prévention et contrôle des infections (PCI) de l'organisme est constituée de deux conseillères et relève de la direction générale adjointe et direction des soins infirmiers. Une collaboration très étroite avec le médecin en microbiologie et infectiologie est établie et est à souligner. La coopération et la contribution de l'équipe en hygiène salubrité est acquise et le soutien nécessaire lui est offert par les conseillères. Des grilles d'observation relative au contrôle de la qualité des activités du service d'hygiène et salubrité pourraient être élaborées en collaboration et ainsi permettre des audits ponctuels et structurés.

Les conseillères en prévention et contrôle des infections ont constitué une équipe de « coachs » provenant de différents milieux et occupant différentes fonctions, qui les soutiennent dans l'application des pratiques de base et des mesures additionnelles dans l'ensemble du CSSS.

Un comité de prévention des infections, sous la présidence du médecin-microbiologiste, est en place et tient environ six rencontres par année. Le comité composé de près de vingt personnes assure une représentation de l'ensemble des programmes et des services de l'organisation. Un rapport annuel est disponible et déposé au comité de gestion des risques et de la qualité, où siège une conseillère en PCI.

Des activités de surveillance pour le SARM, ERV, C. difficile et BLSE sont en place et la gestion des éclosions est assumée par les conseillères en collaboration avec la cellule d'intervention. Le bilan des éclosions est disponible et les rapports déposés aux différentes instances.

Une surveillance des infections des sites opératoires en orthopédie pour deux procédures ciblées est effectuée et la surveillance de chirurgie gynécologique abdominale est à venir.

Des activités de formation en PCI sont offertes à l'ensemble du personnel lors de la journée d'accueil dans l'organisation.

Un partenariat est établi avec le CHUS et l'équipe participe aux tables régionales.

L'ensemble des documents de référence en prévention et contrôle des infections a subi une mise à jour en profondeur. Il demeure maintenant important de s'assurer de l'appropriation du contenu de ceux-ci par l'ensemble du personnel concerné.

L'expertise de la conseillère en PCI est sollicitée lors de tous projets de rénovation et de construction.

3.3.6 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie		
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.	!
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.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie

Le centre hospitalier du CSSS, désigné centre de dépistage pour le cancer du sein, offre des services en radiologie, échographie et tomodensitométrie. Un corridor de service est établi avec l'Hôpital de Granby en ce qui a trait à la médecine nucléaire et à la résonnance magnétique. Des services en radiologie sont aussi offerts au CLSC de Bedford le matin, et au CLSC de Farnham en après-midi durant la semaine.

Une équipe de six radiologistes est présente et travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des membres du personnel en imagerie. Le service est entièrement numérisé ce qui facilite la lecture à l'intérieur de délai acceptable. Quoique des moyens soient en place lorsque les délais à la transcription s'allongent, les médecins référents ont accès à la dictée lorsqu'ils désirent obtenir un résultat préliminaire plus rapidement. Un suivi attentif et précis des délais d'attente est effectué pour l'ensemble des procédures et un rapport périodique est disponible.

L'entretien préventif des équipements est conforme aux recommandations des fabricants ainsi qu'aux règlements provinciaux et fédéraux. Les contrôles de qualité attendus sont effectués. Les manuels de procédures sont complets et accessibles.

Les zones réservées à la clientèle permettent calme, discrétion et confidentialité, et ce, dans l'ensemble du service. L'aménagement de la zone réservée pour les mammographies, les échographies et les biopsies du sein est remarquable.

Lors de la dernière année, plusieurs travaux ont été effectués dans un processus d'amélioration continue de la qualité et dans la prestation sécuritaire des soins. Entre autres, la stratégie en prévention des chutes parfaitement adaptée à la clientèle ambulatoire, l'identification des risques, le sondage aux professionnels sur la satisfaction et les besoins en matière de service et la mise à jour de l'auto-évaluation pour les technologues sont à souligner.

3.3.7 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		
4.9	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
9.5.2	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**
9.9	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
9.9.3	L'équipe a établi un processus qui lui permet de vérifier constamment que la liste de contrôle est respectée.	**PRINCIPAL**
9.9.4	L'équipe évalue l'utilisation de la liste de contrôle et communique les résultats aux membres du personnel et aux prestataires de services.	**SECONDAIRE**
9.9.5	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**
9.10	L'équipe dispose d'une politique et d'une procédure pour le comptage des éponges et des aiguilles avant et après les accouchements vaginaux.	!

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
12.3.2	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**

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
18.2.4	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**
18.5	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le service d'obstétrique bénéficie d'une équipe de gestion stable depuis plusieurs années. Cette équipe est fortement engagée dans l'adoption de meilleures pratiques comme les Amis des bébés, AMPRO, IMBCI et innove en matière de soins obstétricaux. Cet engagement est ressenti chez tous les membres de l'équipe.

Une culture axée sur le travail d'équipe et les résultats est bien établie. L'équipe est encouragée à maintenir cet esprit de collaboration, d'innovation pour le plus grand bien des patientes et de leur nouveau-né.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe est composée de gens compétents et engagés dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. L'esprit d'équipe est excellent.

Même si des évaluations de compétences sont faites de façon régulière avec le programme AMPRO, l'équipe est encouragée à poursuivre l'évaluation du rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive, positive et régulière.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe est impliquée dans plusieurs initiatives de la qualité tels les Amis des Bébés et le programme AMPRO. La communication et le travail d'équipe sont des forces importantes de l'équipe. La gestion axée sur les résultats fait maintenant partie du matériel génétique.

L'équipe est encouragée à continuer le déploiement et la mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises comme le bilan comparatif des médicaments ainsi que le programme de prévention des chutes. Afin d'assurer le succès de ces déploiements, l'équipe est encouragée à surveiller les taux de conformité par des audits réguliers des dossiers.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe tient des dossiers complets qui reflètent l'évolution des patientes. L'équipe est aussi proactive dans la revue des lignes directrices et la mise à jour des protocoles. Une culture axée sur la qualité et les résultats est bien en place et l'équipe doit être félicitée.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe aux services d'obstétrique a une culture axée sur les résultats qui est bien établie et qui mérite d'être soulignée. Les membres sont bien engagés dans le processus d'amélioration continue de la qualité. L'équipe est encouragée à évaluer de façon systémique l'application et la conformité à la stratégie de prévention des chutes et de l'utilisation des abréviations dangereuses.

3.3.8 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire		
1.2	Le laboratoire dispose d'une procédure écrite pour répondre aux requêtes qu'il reçoit verbalement. Référence ISO : 15189, 5.4.13.	
7.10	Le laboratoire dispose d'une politique détaillée concernant la divulgation des résultats des analyses. Référence ISO : 15189, 5.8.13.	
7.11	Le laboratoire divulgue les résultats seulement aux personnes autorisées.	
7.12	Le laboratoire fournit les rapports aux personnes appropriées dans les délais convenus. Référence ISO : 15189, 5.8.2, 5.8.11.	
8.2	Le laboratoire informe les prescripteurs de leur performance individuelle.	

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

La répartition des centres de prélèvements aux cinq pôles du territoire offre l'accessibilité des services à l'ensemble de la population.

Tous les centres de prélèvements ont été visités, certains lieux n'assurent pas la confidentialité et l'intimité des clients. L'exiguïté de certains locaux amène une violation de la confidentialité. L'organisation est très au fait de ces éléments et poursuit sa réflexion afin de rendre les lieux conformes pour tous les types de clientèle. L'ajout d'une borne d'enregistrement, au CLSC de Cowansville s'inscrit dans la foulée des mesures pour rendre conforme les centres de prélèvements.

Concernant la procédure de double identification, de lavage des mains ou du port de gants, il serait souhaitable de reviser les pratiques en place afin d'assurer leur conformité. En effet, nous avons constaté que les pratiques sont fort différentes d'un centre à l'autre et certaines sont à proscrire.

Le manuel de prélèvement est à jour et sa diffusion sur l'intranet permet de toujours le maintenir. Cependant, il faudrait mettre en place un mécanisme pour s'assurer que certaines vieilles copies papier ne resurgissent pas.

Dans les manuels de laboratoire qui se retrouvent dans les points de service et sur certaines unités de soins, on retrouve pour les mêmes activités notamment pour les hémocultures, deux méthodes différentes soit celle émanant des soins infirmiers avec une méthode de soins informatisée et l'autre provenant du laboratoire. Il devient alors difficile pour le personnel de reconnaître celle qui doit être utilisée. Il y aurait lieu de statuer dans l'organisation, après consultation avec les médecins consultants du laboratoire sur la méthode à privilégier et aviser formellement le personnel afin d'assurer une uniformité des pratiques.

3.3.9 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
1.5	L'équipe évalue régulièrement ses services et les modifie au besoin.	
2.1	Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2	L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de médecine.	
Processus prioritaire : Compétences		
3.3	L'organisme encourage tous les membres de l'équipe à développer leurs compétences afin d'améliorer le travail interdisciplinaire et le fonctionnement global de l'équipe.	
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.	
4.7	L'équipe évalue et satisfait les besoins de chaque membre en matière de formation et de perfectionnement.	
4.8	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
5.7	L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
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**
7.4.3	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**
9.2	L'équipe élabore un plan de services complet et intégré pour chaque client.	

9.4	L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	POR
9.4.2	L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque client à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du client.	PRINCIPAL
9.4.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	SECONDAIRE
11.6	Après le transfert ou la fin de services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme 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.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
14.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent aux services de médecine.	!
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		
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
15.2.4	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
15.5	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!
16.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
16.4	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le service de médecine est concentré sur une unité de 35 lits. La clientèle a surtout un profil gériatrique. Les soins médicaux sont assurés par cinq équipes de médecine de famille. L'équipe dispose de l'équipement nécessaire et approprié. Une nouvelle gestionnaire assure l'intérim depuis septembre.

Même si plusieurs données sont disponibles, elles ne le sont pas de façon systématique et régulière. L'équipe est invitée à se fixer des objectifs et des cibles précis afin d'établir des plans d'action ciblés. La collaboration et la participation de tous les membres de l'équipe sont fortement encouragées.

Processus prioritaire : Compétences

Les soins sont offerts par une équipe multidisciplinaire comprenant les médecins de famille, les spécialistes en appui, les infirmiers et infirmières ainsi que les professionnels de la santé. Chacun a un rôle bien précis. L'équipe est encouragée à évaluer sa performance et à se fixer des objectifs.

Le personnel a une orientation spécifique au département avec une période de jumelage qui est bien apprécié. Les évaluations de performance ne sont pas faites régulièrement. L'organisme est encouragé à se pencher sur cette question.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe assure une prise en charge complète du patient. Les patients rencontrés étaient unanimes pour souligner la qualité de l'interaction, qu'ils décrivaient comme chaleureuse, avec tout le personnel.

Beaucoup d'effort a été mis au déploiement des pratiques organisationnelles requises. Le bilan comparatif de médicaments semble bien installé. Les outils pour l'évaluation des risques de plaies de pression sont systématiquement utilisés à l'admission du client. L'échelle de Braden n'est malheureusement pas réutilisée durant le séjour tel que le voudrait le cadre de référence sur la prévention et prise en charge des plaies de pression. L'équipe est encouragée à surveiller le niveau de conformité au cadre de référence.

Malgré l'absence d'une politique ou d'une ligne directrice concernant la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse, les formulaires pré imprimés sont utilisés régulièrement. Le plan thérapeutique intégré n'est pas constamment produit au dossier. L'organisme est encouragé à surveiller le niveau de conformité de ce plan.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe tient des dossiers à jour et complets. Les protocoles sont basés sur les données probantes. Il existe un processus informel de revue des lignes directrices. L'équipe est encouragée à revoir, de façon formelle et systématique, ses lignes directrices de façon périodique afin de s'assurer de leur conformité aux meilleures pratiques.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a accès à une foule d'indicateurs, mais n'en fait pas l'analyse systématique. Il n'y a pas de comparaisons avec des organismes similaires. L'équipe est encouragée à suivre l'évolution d'indicateurs précis de performance, et se comparer avec des organismes similaires. Ceci, afin de lui permettre d'élaborer des plans d'action en vue d'améliorations spécifiques et ciblées.

L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes. L'évaluation est faite de façon régulière à l'admission. Par la suite, l'utilisation de l'outil pour la mesure du risque de chute ne respecte pas toujours le programme de prévention des chutes. L'équipe est encouragée à surveiller son niveau de conformité à ce sujet.

3.3.10 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

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	
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.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

La direction des services généraux de première ligne regroupe : la périnatalité et la petite enfance, les programmes FEJ-DI-TED, les programmes psychosociaux et de santé mentale, la santé publique, l'action communautaire, la nutrition clinique et le bénévolat.

La direction et les coordonnateurs des divers programmes travaillent en étroite collaboration pour recueillir les besoins de la population et définir l'offre de service. En lien avec la planification stratégique de l'organisation, l'implication des partenaires et la participation citoyenne sont favorisées. Plusieurs tables de concertation sont en place et les actions communautaires sont nombreuses. Les réseaux locaux de service sont actifs.

Un plan de priorisation des actions est élaboré pour chacun des secteurs et des indicateurs de résultat sont identifiés.

Processus prioritaire : Compétences

Le fonctionnement de l'équipe est interdisciplinaire. L'interaction est présente et régulière.

Les professionnels rencontrés se disent consultés et participent à définir les moyens pour atteindre les objectifs. Les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe sont clairs.

Les possibilités de perfectionnement sont nombreuses et la participation du personnel est encouragée. Des conseillères cliniques offrent du soutien soit individuellement, soit en groupe de discussion. Un comité de codéveloppement clinicien-experts est en place réunissant des professionnels provenant entre autres, du CRDI, du centre jeunesse, du CR en dépendance Virage et du CSSS.

Des partenariats sont établis avec le CHU et Douglas Institut Universitaire en santé mentale pour permettre l'accès à l'offre de formation.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les processus d'accès sont structurés, par exemple des guichets sont en place pour les services psychosociaux adultes de même que pour la santé mentale en 1re et 2e ligne. La préévaluation est faite selon le secteur, soit par téléphone ou avec et sans rendez-vous. Le délai de l'évaluation et de la prise en charge de la clientèle est connu et des moyens en place pour s'assurer que les situations urgentes soient traitées sans délai.

Un processus pour le dépistage de la clientèle suicidaire est élaboré pour permettre l'évaluation rapide et l'orientation le cas échéant, quelle que soit la porte d'entrée de la clientèle, et ce tout au long de l'épisode de soins.

À la suite d'une consultation auprès des partenaires, une ressource dédiée à la liaison scolaire a été créée. La pratique de proximité a facilité d'une part le soutien clinique aux écoles et d'autre part, la connaissance et l'accès aux services par la clientèle.

Des programmes novateurs sont en place tel que : « Je tisse des liens gagnants, pour prévenir la négligence »

Le comité d'éthique clinique est connu et consulté lorsque nécessaire.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers de la clientèle sont accessibles sans délai. Les PII et PSI sont élaborés.

Les systèmes d'information sont disponibles permettant l'accès à la documentation, aux lignes directrices et aux données probantes.

L'équipe collabore à différents projets de recherche en partenariat avec entre autres l'Université de Sherbrooke, l'Université de Montréal et l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Quoique les ressources soient limitées, l'équipe revoit ses pratiques afin de répondre aux besoins changeants de la clientèle.

Des moyens sont en place pour mieux faire connaître les services offerts afin d'intervenir en amont.

Le point de vue et le degré de la satisfaction de la clientèle sont recueillis.

3.3.11 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

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	
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.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le CSSS La Pommeraie est composé de 5 centres d'hébergement dont le CHSLD Gérard Harbec avec 20 lits, le Foyer Sutton avec 71 lits, le Centre d'accueil de Cowansville avec 72 lits, les Foyers Farnham avec 62 lits, le CHSLD de Bedford avec 42 lits et le Centre hospitalier Brome Missisquoi-Perkins avec 12 lits d'hébergements. Dans tous ses centres d'hébergement, l'approche « milieu de vie » est retrouvée sauf au CHBMP ou l'approche « hospitalière » est réalisée.

L'équipe connaît bien les besoins particuliers de sa clientèle et de la population en matière de soins de longue durée. Le fonctionnement du réseau intégré aux personnes âgées du territoire favorise une planification globale des services à partir d'analyses documentées et pertinentes des besoins de cette population.

Les équipes de travail ont une culture de collaboration et d'interdisciplinarité et les médecins en font partie intégrante. Le sens du collectif est papable et les intervenants placent le résident au cœur de leurs préoccupations.

Plusieurs attentions sont faites par les membres des équipes aux résidents et un souci de leur bien-être est omniprésent.

Processus prioritaire : Compétences

Un effort très important au niveau du développement des membres des équipes par un programme de formation selon les compétences attendues a été remarqué. Cet effort est reconnu par tous les prestataires des services rencontrés. La diffusion de documentation de grande qualité et la gestion des savoirs permettent aux membres des équipes de développer leurs compétences et leurs expertises.

Les descriptions de fonctions sont rédigées pour l'ensemble du personnel. Un programme d'orientation est bien structuré et permet de bien introduire les nouveaux employés à la culture de l'organisation.

Les membres des équipes ont reçu la formation sur la pompe Infusomat Space cette année.

Les employés rencontrés lors de la visite ont tous mentionné qu'ils se sentent reconnus et qu'ils ont une participation active à l'intérieur du fonctionnement de leur équipe.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Une démarche de réorganisation majeure du travail est en cours d'être réaliser avec l'implication d'un comité paritaire dans toutes les résidences pour personnes âgées du CSSS.

Les bénévoles œuvrent dans les différentes installations d'hébergements et leur dévouement est notable. Un guide d'intégration du bénévole contenant les normes et le code de conduite à respecter leur est distribué, ainsi que les règles concernant la prévention des infections. La déclaration des antécédents judiciaires est exigée. Le responsable des bénévoles est un cadre intermédiaire en remplacement de cadre supérieur et la personne-ressource est la technicienne en loisir dans chacun des centres.

Le bilan comparatif des médicaments est fait à 100 % pour tous les résidents à l'admission, au transfert et au départ et est réalisé par l'assistante technique de la pharmacie en collaboration de l'infirmière, du médecin et du pharmacien pour tous les centres d'hébergement et à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins.

L'harmonisation des pratiques est constatée transversalement dans tous les établissements visités autant pour les services cliniques que pour les services d'hygiène et de salubrité.

Il y a des fumoirs ventilés dans chaque résidence pour les résidents.

Le service de nutrition permet d'adapter les menus aux besoins évalués ainsi qu'à l'état nutritionnel des personnes âgées hébergées. L'activité repas est un plaisir pour les résidents. Les mets sont cuisinés avec beaucoup d'attention.

Les aires de vie des 12 lits de longue durée à HBMP sont à améliorer. Il n'y a pas de salle commune permettant aux résidents de sociabiliser ou de partager leurs repas ensemble. Les résidents se retrouvent devant leurs portes de chambres, seuls, regardant le corridor.

L'organisme est invité à former le personnel sur le RCR puisque la majorité du personnel n'a pas reçu cette formation dernièrement. Aucun appareil de réanimation n'est retrouvé dans aucun des centres.

Il n'y a aucune plaie de pression acquise dans les centres d'hébergement en raison de l'excellence des pratiques en soins de plaies.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers des résidents sont bien tenus. Les plans thérapeutiques infirmiers sont mis à jour dans chaque dossier pour chaque résident.

La confidentialité est respectée dans la transmission d'informations des renseignements entre les équipes et les autres organismes.

L'équipe sélectionne les lignes directrices fondées sur des données probantes afin de s'assurer des meilleures pratiques dans ses projets de réorganisation ou de transformation.

Le transfert des connaissances et le recours aux données probantes ainsi qu'aux meilleures pratiques se reflètent sur la qualité dans la production de document d'information comme les politiques, procédures, formations, feuillets d'informations, campagnes de sensibilisation et outils qui y sont rattachés sont autant d'exemples du souci de l'organisation dans l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La gestion des risques et le souci de la sécurité des soins sont omniprésents dans les équipes.

Les résidents et leurs familles rencontrés lors de cette visite ont souligné leur appréciation en regard de leur satisfaction quant aux soins et services reçus. Des sondages et des évaluations touchant la satisfaction des résidents sont réalisés régulièrement pour tous les centres d'hébergement et les commentaires reçus du Comité des résidents permettent d'être constamment à l'écoute de leurs besoins.

L'équipe connaît bien les indicateurs à risque élevé lié aux soins et services ainsi que les moyens pour les contrôler. De plus, elle assure la surveillance par des indicateurs sur les risques de chute du résident hébergé, par la surveillance de soins du résident sous contentions, par la surveillance du résident recevant des narcotiques, par l'évaluation et la surveillance des résidents souffrants de problèmes de déglutition, par l'évaluation du risque des plaies, par la gestion efficace de la douleur avec le thermomètre d'intensité de la douleur ou l'échelle DOLOPUS pour personnes âgées présentant des troubles de communication verbale.

Des audits sont réalisés sur différents sujets en rapport à la qualité et la sécurité des résidents. La culture de la sécurité est partout. La gestion d'erreur de médicament et ses audits ont permis de déterminer les causes et d'établir des correctifs. Les résultats d'améliorations sont constatés et documentés.

Il est suggéré à l'organisation de former le personnel sur le RCR et que les formations sur le plan des mesures d'urgence aient lieu ainsi que les exercices de prévention des incendies.

3.3.12 Ensemble de normes : Services de soins intensifs

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
1.5	L'équipe évalue régulièrement ses services et les modifie au besoin.	
2.1	Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2	L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de soins intensifs.	
Processus prioritaire : Compétences		
3.10	L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.6	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
5.7	L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
10.2	L'équipe interdisciplinaire effectue des tournées quotidiennes.	
10.3	L'équipe interdisciplinaire établit et évalue les buts quotidiens de chaque client.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
6.2	L'équipe utilise des critères normalisés pour déterminer si les clients potentiels ont besoin de services de soins intensifs.	
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**
	7.5.3 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**
9.8	L'équipe prévoit une ou plusieurs rencontres interdisciplinaires avec les clients et les membres de leur famille dans un lieu privé.	

9.9	L'équipe suit un protocole qui est conforme aux lois lorsqu'elle s'adresse aux clients et aux familles à propos des dons d'organes.	
10.6	L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	POR
	10.6.2 L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque client à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du client.	**PRINCIPAL**
	10.6.5 L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	**SECONDAIRE**
10.7	L'équipe évalue et gère le degré de sédation du client sur une base continue.	
10.8	L'équipe se conforme à un protocole pour l'interruption de la sédation pendant une journée.	
10.9	L'équipe utilise un outil de dépistage du délire pour déterminer si les clients présentent des symptômes de délire.	
12.1	L'équipe utilise des critères normalisés pour déterminer si un client peut recevoir son congé de l'unité de soins intensifs.	
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
	12.5.3 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**
12.7	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme 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.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		

15.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à des services des soins intensifs.	!
15.2	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		
15.4	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
16.4	L'équipe instaure la trousse de la campagne Des soins de santé plus sûrs, dès maintenant! axée sur les pneumonies sous ventilation assistée pour tous les clients sous ventilation.	!
16.5	L'équipe instaure la trousse de la campagne Des soins de santé plus sûrs, dès maintenant! sur le cathéter central pour tous les clients qui nécessitent un tel dispositif.	!
16.6	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!
17.1	L'équipe cerne les indicateurs de processus et de résultats pour les services de soins intensifs, et en assure le suivi.	
17.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
17.4	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.	
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

L'unité des soins intensifs est une unité ouverte de 5 lits. Les patients sont admis par les médecins de famille. Il y a une consultation obligatoire en médecine interne et le suivi est conjoint. Le département d'anesthésie supervise les traitements de ventilation assistée.

Il n'y a pas de réunion du comité du service des soins intensifs depuis plusieurs années. Il n'y a pas de chef médical pour ce service. L'organisation est encouragée à se pencher sur cette situation.

L'équipe dispose de données sur l'utilisation de ses services, mais n'en fait pas l'analyse régulièrement. L'équipe est encouragée à se définir des objectifs mesurables et précis. La collaboration de tous les membres de l'équipe dans la détermination de ces objectifs est souhaitable.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe compte sur du personnel engagé de plusieurs disciplines. Après une période de pénurie récente, il semble que la situation soit plus stable actuellement. Le programme d'orientation et de formation est pertinent. Nous félicitons l'équipe pour son initiative à préparer un cahier compréhensif de formation.

L'équipe est encouragée à développer un vrai modèle de collaboration interdisciplinaire.
Il serait souhaitable que l'équipe se penche sur son processus d'évaluation du rendement et de reconnaissance.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe est composée de plusieurs membres de différentes disciplines. Le fonctionnement d'unité ouverte de soins intensifs rend plus difficile le vrai fonctionnement en équipe interdisciplinaire. L'équipe est encouragée à évaluer comment elle pourrait mettre en place les meilleures pratiques interdisciplinaires dans ce contexte qui lui est propre.

Plusieurs outils ont été mis en place. D'autres sont en attente d'approbation. L'équipe est encouragée à s'assurer de surveiller le niveau d'adoption de ces outils. La surveillance et la mesure de performance devraient alimenter les priorités d'amélioration.

L'équipe est invitée à revoir les critères d'admission et de congé du service des soins intensifs.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe tient un dossier contenant toutes les informations pertinentes. Plusieurs autres outils sont en voie d'élaboration. L'équipe est encouragée à poursuivre la mise à jour de ses lignes directrices pour les soins au service des soins intensifs.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a accès à une foule d'indicateurs, mais n'en fait pas l'analyse systématique. Il n'y a pas de comparaisons avec des organismes similaires. L'équipe est encouragée à suivre l'évolution d'indicateurs précis de performance. Ceci, afin de lui permettre d'élaborer des plans d'action en vue d'améliorations déterminées et ciblées.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Il n'y a pas de programme de dons d'organes et de tissus dans l'organisme.

3.3.13 Ensemble de normes : Services des urgences

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
1.9	L'équipe évalue régulièrement ses services et les modifie au besoin.	
2.1	Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2	Les buts et les objectifs de l'équipe sont liés aux analyses comparatives sur la disponibilité de lits dans le service des urgences, la période d'attente avant l'admission, l'acheminement de clients vers d'autres établissements, et les temps d'attente.	
Processus prioritaire : Compétences		
3.6	L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.10	L'équipe évalue et satisfait les besoins de chaque membre en matière de formation et de perfectionnement.	
4.13	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
5.5	Les dirigeants de l'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et en utilise les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations.	
5.6	L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
6.11	L'équipe établit, surveille et compare les données sur le temps d'attente des clients pour obtenir des services et de l'information, et des données sur la durée de séjour prévue (DSP) au service des urgences.	
7.10	L'équipe dispose d'une politique et d'un processus lui permettant de s'assurer que les scores de l'ÉTG soient réévalués.	
7.11	L'équipe dispose d'une politique et d'un processus lui permettant de s'assurer que les scores de l'ÉTG pour l'urgence pédiatrique soient réévalués.	
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

8.3.4	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
11.5.3	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		
14.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent aux services des urgences.	
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		
16.1	L'organisme cerne les indicateurs de processus et de résultats pour le service des urgences et en assure le suivi.	!
16.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	!
16.4	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.	!
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

Les services des urgences sont logés dans des endroits complètement rénovés, ouverts et très fonctionnels. L'équipe dispose de l'équipement nécessaire et approprié. Le nombre de visites par année approche les trente mille.

Une nouvelle gestionnaire est en place depuis juin seulement.

La performance des services d'urgences semble aux prises avec un problème chronique de durée de séjour.

Celle-ci s'est détériorée dans la dernière année. L'équipe est invitée à se fixer des objectifs et des cibles précis afin d'établir des plans d'action ciblés.

L'organisation est invitée à développer une approche beaucoup plus proactive afin d'éviter l'engorgement plutôt que de réagir à une situation d'engorgement déjà bien établie. La collaboration et la participation de tous les membres de l'équipe sont fortement encouragées.

Processus prioritaire : Compétences

Les services des urgences disposent d'un personnel qualifié et engagé. Les évaluations de performance ne sont pas faites régulièrement. L'organisme est encouragé à se pencher sur cette question.

Étant un centre de traumatologie de niveau 2, l'organisme est encouragé à se pencher sur la pertinence d'établir une certification de base pour son personnel qui pourrait inclure la réanimation cardio-respiratoire, les cours de réanimation avancée en cardiologie, en pédiatrie et en traumatologie par exemple.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe a réduit sa dépendance à la main-d'œuvre indépendante tout récemment et devrait en être félicitée. Elle dispose d'un contingent médical stable et complet assurant une couverture complète des soins au service des urgences.

L'équipe a à sa disposition des données sur les différents temps d'attente à l'urgence. Il n'y a pas d'analyse systématique. Il n'y a pas de plan d'actions spécifiques, avec des objectifs connus, afin d'améliorer la performance des services. L'équipe est encouragée à développer des cibles précises d'amélioration et des objectifs communs.

L'utilisation de l'échelle de triage et de gravité est bien mise en œuvre. L'équipe est encouragée à élaborer une politique qui permettrait d'assurer que les scores de triage soient réévalués. Le bilan comparatif des médicaments est en voie de déploiement, mais n'est pas complètement intégré aux dossiers. L'équipe est encouragée à poursuivre sa démarche afin d'augmenter le taux de conformité.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe tient des dossiers à jour et complets. Les protocoles sont basés sur les données probantes. Il existe un processus informel de revue des protocoles. L'équipe est encouragée à revoir, de façon formelle et systématique, ses protocoles de façon périodique afin de s'assurer de leur conformité aux pratiques actuelles.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a accès à une foule d'indicateurs, mais n'en fait pas l'analyse systématique. Il n'y a pas de comparaisons avec des organismes similaires. L'équipe est encouragée à suivre l'évolution d'indicateurs précis de performance. Ceci, afin de lui permettre d'élaborer des plans d'action en vue d'améliorations spécifiques et ciblées.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Il n'y a pas de programme de dons d'organes et de tissus dans l'organisme.

3.3.14 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
1.5	L'équipe collabore avec ses partenaires pour faire connaître les services offerts dans la communauté.	
2.1	Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2	Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services de soins ambulatoires sont mesurables et précis.	
Processus prioritaire : Compétences		
3.6	Les membres de l'équipe interdisciplinaire communiquent régulièrement pour coordonner les services, les rôles et les responsabilités.	!
3.7	L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
6.1	Dans la mesure du possible, l'équipe détecte et élimine les obstacles qui empêchent les clients, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des clients d'accéder aux services.	
13.11	L'équipe entrepose de l'équipement, des appareils médicaux et des fournitures propres et stériles, séparément de l'équipement souillé et des déchets.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
14.4	Le personnel et les prestataires ont accès au dossier du client en temps opportun.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
16.5	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
18.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le leadership de l'équipe de gestion est reconnue par les intervenants du secteur. L'instauration de mécanismes formels de communication entre les équipes des différents sites est une force qui permet notamment aux infirmières d'échanger sur leurs pratiques et aux agentes administratives de standardiser la prise de rendez-vous. Malgré les distances géographiques entre les sites, on sent un excellent esprit d'équipe et une proximité entre les intervenants et l'équipe de gestion. Les stagiaires sont bien accueillies et se disent heureuses d'être intégrées dans les activités courantes.

L'équipe a accès à des référents pour les clients qui en ont besoin, cependant certaines ressources pourraient être mieux utilisées. L'offre de service et le fonctionnement auraient avantage à être mieux connus.

La direction n'a pas encore opérationnalisé le plan stratégique au sein de l'équipe. Également, les indicateurs en soutien au suivi du plan stratégique ne sont pas encore établis et diffusés. Ces deux éléments devraient se faire dans un avenir rapproché. L'organisme est encouragé à poursuivre dans ce sens.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe a accès au service et apprécie énormément le soutien de la téléassistance en soins de plaie. Également, la formation en ligne sur les nouvelles pompes à perfusion a été soulignée par l'équipe comme étant accessible et facilement intégrable à leur horaire. L'équipe a constitué un comité scientifique qui se réunit 4 fois par année pour échanger. Enfin, l'équipe est formée pour des situations cliniques particulières qui lui permettent d'intervenir auprès de la clientèle.

La reconnaissance des « bons coups » est faite en équipe lors des rencontres régulières. Ces « bons coups » sont également partagés dans les notes d'information distribuées régulièrement à l'équipe.

Bien que l'équipe ait recours à des professionnels de l'équipe multidisciplinaire au besoin, l'équipe devrait explorer des façons de mieux les intégrer dans le fonctionnement de la clinique pour que ces professionnels travaillent plus en interdisciplinarité.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le processus de prise de rendez-vous est standardisé sur les 3 sites. Lors de la prise de rendez-vous, lorsqu'il n'y a pas de disponibilités, il y a un processus pour transférer le rendez-vous à un autre site pour s'assurer que le client reçoit le service nécessaire.

L'évaluation des clients est faite de façon systématique à l'aide d'outils reconnus. Le bilan comparatif des médicaments est complété pour les nouveaux patients et est mis à jour lorsque nécessaire.

Les clients qui n'ont pas de médecin de famille et qui en bénéficieraient sont référés au guichet pour la clientèle orpheline du CSSS qui les prend en charge pour leur en trouver un. Si le patient doit attendre avant d'être pris en charge ou si la situation du client devient critique, l'infirmière du guichet le réfère à une autre ressource. Les clients en attente sont réévalués régulièrement par l'infirmière du guichet.

Les mécanismes d'accès à la clinique sans rendez-vous pourraient être revus. Les places sont limitées pour cette clinique, ce qui peut être problématique en cas de demande accrue.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La documentation au dossier est bien consignée. Le plan thérapeutique infirmier (PTI) dans les dossiers consultés était bien rempli. Plusieurs outils d'information existent pour informer les clients sur leur problématique de santé spécifique.

L'information du dossier du client n'est pas toujours disponible lorsque le client est envoyé à un autre CLSC pour son rendez-vous ce qui peut nuire aux soins donnés aux clients.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe possède de bons outils pour détecter les risques et partage les informations concernant les événements indésirables pour éviter qu'ils se reproduisent. Le soutien du comité scientifique à cet effet est d'une grande utilité. La culture de l'équipe est centrée sur le client et cette dernière est préoccupée par le succès de ses interventions.

Tout en développant des indicateurs pour suivre l'évolution de l'opérationnalisation du plan stratégique, l'équipe est invitée à intégrer des mesures de comparaison avec des organismes similaires.

3.3.15 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

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		
9.1	L'organisme élabore un plan de soins pour chaque client, en collaboration avec le gestionnaire de cas du client, s"il y a lieu.	
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		
15.5	L'organisme fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe recueille et utilise les renseignements au sujet de leur communauté et ajuste son offre de service en conséquence.

Le maintien à domicile est une priorité et des alternatives à l'hébergement sont favorisées. Actuellement, des ententes contractuelles existent avec quatre ressources intermédiaires et un rehaussement du nombre de places est prévu. Un gestionnaire du CSSS est responsable du développement de ces ressources et s'assure de moyens en place permettant la qualité et la prestation sécuritaire des soins dispensés.

Une collaboration est bien établie avec les partenaires communautaires.

Un plan d'action de gestion est élaboré et disponible. L'élaboration d'indicateurs de qualité pourrait être envisagée afin de soutenir le plan d'action dans l'atteinte des objectifs.

Processus prioritaire : Compétences

Une équipe multidisciplinaire est en place.

Les professionnels rencontrés se disent consultés et participent à définir les moyens pour atteindre les objectifs. Les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe sont clairs et le processus d'appréciation de la contribution est en place depuis plusieurs années.

Les possibilités de perfectionnement sont présentes et la participation du personnel est encouragée. Des formations et des guides de référence, adaptées en soutien à domicile, sont offertes par l'organisation telles que « Pour mieux intervenir avec les clientèles difficiles et Des soins et des services à domicile? Oui mais…. »

Processus prioritaire : Épisode de soins

Étant donné que l'ensemble de l'équipe se retrouve sur un seul site, l'interaction est présente et régulière.

Des mesures ont été mises en place afin de faciliter l'organisation des rencontres pour l'élaboration des PII. La contribution d'une agente administrative permet à l'intervenant pivot de se concentrer sur le volet clinique plutôt que sur la logistique des rencontres. Le client et les personnes significatives sont invités à participer aux discussions.

Un guichet unique pour l'accès aux services est disponible sept jours sur sept, huit heures par jour. La prise de contact est effectuée par un clinicien du secteur concerné. Il n'y a pas d'attente aux soins infirmiers et peu d'attente pour l'aide à domicile. L'offre de service à l'aide à domicile a été reconsidérée récemment afin qu'une répartition équitable des heures soit offerte à chaque client par le personnel du CSSS. Les AVQ notamment les soins d'hygiène ont été priorisés. Le soutien communautaire au logement social est favorisé et plusieurs ententes sont conclues avec des organismes partenaires tels que la COOP, Entrée chez soi et Cellules jeunes et familles.

Un projet novateur de soins médicaux aigus à domicile est à souligner. Incluant les résidences privées. Il offre aux personnes âgées de 75 ans et plus qui nécessitent des services médicaux ponctuels (SMA 3D) un accès rapide à un médecin dans les 24 heures suivant la demande.

Les demandes en réadaptation sont acheminées à une technicienne en réadaptation qui se rend à domicile rapidement, lorsque nécessaire, pour dresser un portrait de la situation et optimiser l'environnement, lorsque possible.

Une trousse de conseils en prévention et des informations sur les premiers soins en cas de chute sont offertes à la clientèle au besoin.

Un comité d'éthique clinique est accessible et connu par le personnel.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le système de mobilité (SYMO) est en place par conséquent permet la saisie de donnée et l'accès à l'information clinique rapidement. Les dossiers consultés sont complets et à jour. Les PII sont présents ainsi que le BCM complété pour la clientèle ciblée.

Les systèmes d'information sont disponibles permettant l'accès à la documentation, aux lignes directrices et aux données probantes.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe revoit ses pratiques afin de répondre aux besoins changeants de la clientèle.

Des infirmières auxiliaires sont maintenant présentes dans les équipes de soins et il est prévu d'en augmenter le nombre.

Le point de vue et le degré de la satisfaction de la clientèle sont recueillis par l'organisme.

Des rencontres bilan auxquelles l'équipe est invitée sont tenues annuellement.

3.3.16 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		
1.8	L'équipe interdisciplinaire suit un processus officiel pour évaluer régulièrement son mode de fonctionnement, définir ses priorités et apporter les améliorations nécessaires.	
2.4	Les dirigeants de l'équipe évaluent et comblent les besoins en formation continue et en perfectionnement de chaque membre de l'équipe.	
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.	
3.3	Lors de la planification et de la conception des salles d'opération, l'organisme prend les précautions nécessaires pour assurer la protection physique du personnel et des clients dans la salle d'opération.	!
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.	!
6.5	Les membres qualifiés de l'équipe administrent les antibiotiques préopératoires dans le délai approprié.	!
6.8	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. 6.8.3 L'équipe a établi un processus qui lui permet de vérifier constamment que la liste de contrôle est respectée. 6.8.4 L'équipe évalue l'utilisation de la liste de contrôle et communique les résultats aux membres du personnel et aux prestataires de services.	POR **PRINCIPAL** **SECONDAIRE**

6.8.5	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**
8.5	L'équipe manipule les draps souillés, le matériel infecté et les déchets dangereux de la salle d'opération de façon appropriée.	!
9.4	L'organisme utilise un système d'évacuation de la fumée lorsqu'une génératrice électrochirurgicale est en fonction.	!
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.	!
12.8	L'équipe a recours à la stérilisation rapide dans la salle d'opération en cas d'urgence, mais jamais pour les ensembles complets d'instruments ou les appareils implantables.	!
12.9	L'équipe consigne chaque recours à une stérilisation rapide dans ses dossiers.	!
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.	!
14.3	L'équipe sélectionne des indicateurs de rendement pour la salle d'opération et les services connexes, et en fait le suivi.	!
14.4	L'équipe établit des objectifs de rendement et mesure leurs progrès.	
14.5	L'équipe compare ses résultats à ceux d'interventions, de programmes ou d'organismes semblables.	
Ensemble de normes : Services de chirurgie		
2.1	Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2	Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services de chirurgie sont mesurables et précis.	
3.5	L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.	
3.7	L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.7	L'équipe évalue et satisfait les besoins de chaque membre en matière de formation et de perfectionnement.	

4.8	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
5.5	L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
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
7.9	L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	POR
7.9.2	L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque client à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du client.	PRINCIPAL
7.9.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	SECONDAIRE
7.13	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
7.13.4	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
11.4	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
11.4.3	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
11.6	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.	

14.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à ses services de chirurgie.	!
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.	!
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
	15.2.4 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**
16.3	L'équipe compare les résultats de ses évaluations avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
16.4	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.	

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

L'équipe du bloc opératoire fait face à une pénurie actuellement. Avec une équipe de 15 personnes, elle présente un déficit de 20 à 25 % du nombre nécessaire. L'organisation en est bien au courant et un plan est en place afin de pallier cette situation. Malgré ceci, les membres de l'équipe sont engagés envers des services de qualité. L'impact de la venue de deux nouveaux chirurgiens en orthopédie et en gynécologie représentera un défi additionnel qui méritera d'être surveillé de près par l'organisation.

L'infrastructure propre du bloc opératoire, qui date de plusieurs années, présente de nombreuses limitations. Cette infrastructure n'est plus conforme aux normes des blocs opératoires modernes. L'espace est limité et encombré. Il y a risque de contamination croisée. L'organisme est au courant et tente de trouver des solutions temporaires. À moyen et plus long terme, une solution définitive afin de rehausser l'infrastructure est souhaitée et nécessaire.

Une nouvelle gestionnaire est en place de façon intérimaire. L'organisation doit être félicitée dans l'approche d'encadrement et d'accompagnement par une infirmière de carrière impliquée dans un programme de legs professionnel. Cette pratique intéressante devrait être considérée dans d'autres services de l'organisation, surtout en considérant le nombre élevé de nouveaux gestionnaires.

Plusieurs pratiques, protocoles et outils sont en voie d'implantation. L'équipe du bloc opératoire est encouragée à surveiller de façon régulière le niveau de conformité à ces nouvelles pratiques par des audits systématiques. Le résultat de ces audits devrait alimenter les possibilités d'amélioration.

L'équipe du bloc opératoire ainsi que des services de chirurgie disposent de plusieurs données sur différents indicateurs. Il n'y a pas d'analyse systématique. Il n'y a pas de plan d'actions spécifiques, avec des objectifs connus afin d'améliorer la performance des services. Cependant, une pensée axée sur les résultats et sur la mobilisation des membres de l'équipe à participer aux initiatives d'amélioration est en émergence. Ceci devrait être soutenu et encouragé.

Les deux secteurs disposent d'un personnel qualifié et engagé. Les évaluations de performance ne sont cependant pas faites régulièrement. L'organisme est encouragé à se pencher sur cette question.

Au service de chirurgie, une nouvelle gestionnaire est en place que tout récemment. Elle démontre un dynamisme et un engagement envers une culture d'amélioration continue et de gestion axée sur les résultats. Des tableaux d'indicateurs sont déjà utilisés et visibles pour toute l'équipe. Cette pratique mérite d'être encouragée.

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

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 : 20 février 2013 au 7 mars 2013**
- **Nombre de réponses : 15**

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	0	100	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.	7	0	93	94
3	Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités dont clairement définis.	0	7	93	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	95

	% 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.	7	0	93	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.	0	7	93	92
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	96
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	7	93	95
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	0	7	93	94
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	7	93	92
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	13	13	73	87
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	20	80	91
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.	0	0	100	93
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	20	80	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	0	100	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.	33	27	40	72
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	20	27	53	64
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	27	47	27	58
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.	27	27	47	76
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	33	40	27	52
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	20	40	40	77
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.	7	7	87	82
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	13	40	47	65
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	7	7	87	95
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.	7	20	73	80
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	13	87	94

	% 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.	7	7	87	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.	7	13	80	90
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	7	20	73	84
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	7	33	60	79
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	7	40	53	87
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	7	93	91
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	13	87	94
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	7	20	73	87
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	7	7	87	92

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2013 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

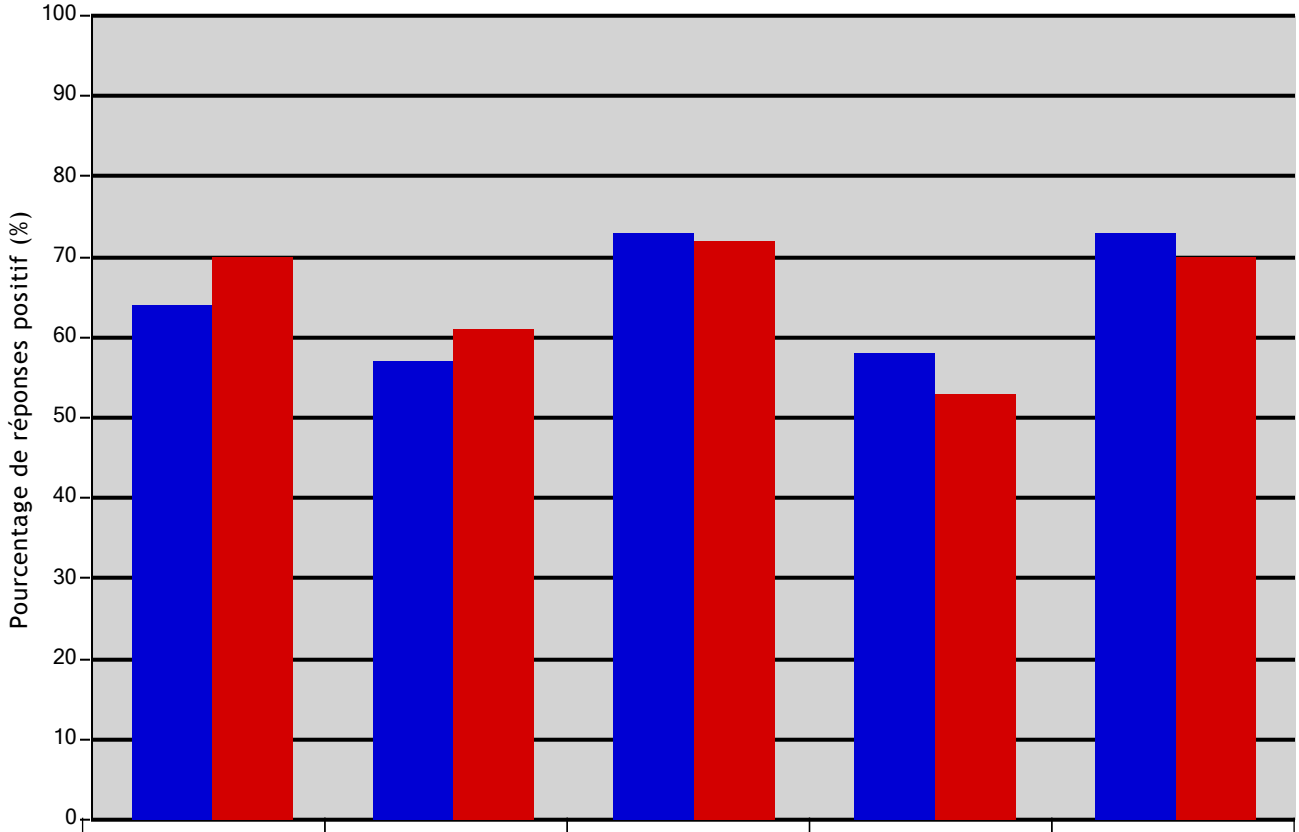
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 26 septembre 2012 au 26 novembre 2012**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 275**
- **Nombre de réponses : 352**

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%	57%	73%	58%	73%
	70%	61%	72%	53%	70%

Légende

Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie

* 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

4.3 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)

La performance des organisations de nature professionnelle repose essentiellement sur la contribution du personnel, et plus particulièrement de ceux et celles qui interviennent directement auprès de la clientèle. À titre de premiers responsables des services dispensés, ceux-ci exercent une influence sur l'orientation, l'organisation et la maîtrise des services mis en oeuvre.

La satisfaction des besoins du client passe donc, d'une certaine façon, par la satisfaction des besoins du personnel. En effet, ce dernier nourrit un certain nombre d'attentes à l'égard de l'organisation concernant la réalisation de son travail et les attentes du client seront d'autant plus satisfaites que celles du personnel le seront. Il est aussi vrai d'affirmer que le personnel est d'autant plus satisfait qu'il produit de la qualité et est lui-même productif. C'est ainsi que la mobilisation du personnel apparaît comme une condition essentielle pour pouvoir améliorer la qualité des services offerts par l'établissement.

Dans le développement d'une culture « clientèle », l'organisation est invitée à mettre en place les conditions susceptibles de responsabiliser l'ensemble des employés face à la recherche de l'excellence et à l'amélioration continue de la qualité et à s'engager à fournir à ses employés les outils, la reconnaissance du travail bien fait, le soutien et la marge de manoeuvre nécessaire pour qu'ils se mobilisent.

Les effets escomptés de la mobilisation des employés dans une démarche continue de la qualité se traduisent par un processus d'innovation, profondément ancré au sein de l'établissement, favorisant une plus grande productivité et efficience dans son fonctionnement. En effet, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que la qualité du travail est un facteur d'accroissement de la productivité.

Le sondage utilisé pour évaluer le degré de mobilisation du personnel comporte six indicateurs : la réalisation, l'implication, la collaboration, le soutien, la communication et le leadership. Quant à la mobilisation on peut généralement la définir de la façon suivante :

« Masse critique d'employés qui accomplissent des actions bénéfiques au bien-être des autres, de leur organisation et à l'accomplissement d'une oeuvre collective. »

« Mobiliser les employés, c'est les inciter à améliorer la qualité de leur travail, à s'aligner sur les priorités organisationnelles et à se coordonner, en mettant en place des pratiques de gestion qui ne les laissent pas indifférents, mais qui au contraire les rejoignent … »

Mobilisation :

Comparaison entre le degré de mobilisation du personnel du CSSS de la Pommeraie et celui observé dans d'autres établissements de taille similaire

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 608			Autres établissements du Québec n = 19326		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	80,00	79,00	82,00	76,00	73,00	79,00
JAUNE	Implication	75,00	74,00	77,00	69,00	65,00	75,00
JAUNE	Collaboration	79,00	78,00	80,00	75,00	72,00	79,00
JAUNE	Soutien	73,00	71,00	74,00	66,00	62,00	72,00
JAUNE	Communication	68,00	67,00	70,00	64,00	60,00	69,00
JAUNE	Leadership	73,00	72,00	75,00	67,00	63,00	72,00

4.5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)

La satisfaction des usagers est un indicateur largement reconnu de la qualité des services et de la performance d'une organisation. Pour Horivitz, le service donné atteint son niveau d'excellence quand il répond aux besoins et attentes de ses clients. « Pour sa part, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) place également la satisfaction des usagers au coeur de sa définition de la qualité des soins. Pour l'OMS, l'évaluation est « une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale […] et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins […] ». La satisfaction de l'usager peut être considérée « comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même » (Agence Nationale pour le développement de l'Évaluation Médicale, 1996). »

Dans le cadre d'une démarche d'agrément, l'analyse du degré de satisfaction des usagers à l'égard des services reçus, fournite de précieuses informations aux gestionnaires et aux professionnels engagés dans l'amélioration continue de la qualité des services, en leur permettant d'ajuster, au besoin, les pratiques organisationnelles et professionnelles en fonction des attentes des usagers.

Le sondage sur la satisfaction des usagers évalue la qualité du service qu'ils reçoivent en fonction :

- de la qualité du rapport humain que le personnel de l'organisation entretient avec lui (aspect relationnel);
- de la qualité des soins, des services et des conseils appropriés prodigués par les professionnels rencontrés (aspect professionnel);
- de la qualité de l'environnement et du contexte dans lequel ces services sont dispensés que ce soit sous l'angle de l'accessibilité, de la rapidité, de la continuité, du confort ou de la simplicité de leur utilisation (aspect organisationnel).

Ces trois indicateurs recouvrent douze dimensions de la qualité ayant été identifiées à partir de groupes de discussions formés d'usagers des services de santé et des services sociaux. Ces rencontres se renouvellent habituellement aux trois ans afin de vérifier et d'ajuster au besoin le concept de qualité des services tel que perçu par les utilisateurs du réseau des services de santé et de services sociaux.

Clientèle hébergement :

Comparaison du degré de conformité aux attentes et aux besoins de la clientèle hébergée du CSSS de la Pommeraie à celui observé dans d'autres établissements

Code couleur	Indicateurs	Organisation			Autres établissements du Québec		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	88,00	86,00	90,00	83,00	82,00	86,00
JAUNE	Prestation professionnelle	86,00	84,00	88,00	80,00	77,00	85,00
JAUNE	Organisation des services	86,00	84,00	88,00	81,00	79,00	85,00

Clientèle CH et CLSC :

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS de la Pommeraie et celui observé dans des établissements comparables

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 674			Autres établissements du Québec n = 12997		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	90,00	89,00	91,00	89,00	87,00	90,00
JAUNE	Prestation professionnelle	88,00	87,00	89,00	86,00	84,00	88,00
JAUNE	Organisation des services	86,00	85,00	87,00	83,00	80,00	85,00

Annexe A Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des 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.