

Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément

Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook

Coaticook, QC

Dates de la visite d'agrément : 6 au 10 octobre 2013

Date de production du rapport : 9 janvier 2014



**AGRÉMENT CANADA
ACCREDITATION CANADA**

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

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

Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook (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.

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 recevons 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	12
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	14
3.0 Résultats détaillés de la visite	17
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	18
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	18
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	20
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	22
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	23
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	25
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	28
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	29
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	30
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	31
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	33
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	34
3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	36
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Populations d'enfants et de jeunes</i>	36
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Populations vivant avec le cancer</i>	38
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	39
3.3.1 <i>Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels</i>	40
3.3.2 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments (normes adaptées)</i>	41
3.3.3 <i>Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang</i>	44
3.3.4 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	46
3.3.5 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	49
3.3.6 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux</i>	53
3.3.7 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire</i>	54

3.3.8 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	56
3.3.9 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	59
3.3.10 Ensemble de normes : Services des urgences	64
3.3.11 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	69
3.3.12 Ensemble de normes : Soins et services à domicile	73
4.0 Résultats des outils d'évaluation	76
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	76
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	80
4.4 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	82
4.3 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	83
4.5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)	85
Annexe A Processus prioritaires	87

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'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

Étant donné l'accent que le Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook (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 de la MRC-de-Coaticook 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 10 octobre 2013**

- **Emplacement**

L'emplacement suivant a été évalué pendant la visite d'agrément.

- 1 CSSS de la MRC-de-Coaticook

- **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 d'enfants et de jeunes
- 4 Populations vivant avec le cancer

Normes sur l'excellence des services

- 5 Services des urgences
- 6 Prévention des infections
- 7 Soins et services à domicile
- 8 Soins ambulatoires
- 9 Services de laboratoires biomédicaux
- 10 Services de santé communautaire
- 11 Services d'imagerie diagnostique
- 12 Laboratoires et banques de sang
- 13 Services de soins de longue durée
- 14 Banques de sang et services transfusionnels
- 15 Gestion des médicaments (normes adaptées)
- 16 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients









- **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'utilisateur
- 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.)	78	9	3	90
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	71	5	0	76
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	237	70	28	335
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	92	24	3	119
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	124	11	4	139
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	36	2	2	40
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	505	107	37	649
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	50	7	0	57
Total	1193	235	77	1505

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	38 (86,4%)	6 (13,6%)	0	30 (88,2%)	4 (11,8%)	0	68 (87,2%)	10 (12,8%)	0
Normes sur le leadership	30 (65,2%)	16 (34,8%)	0	52 (61,2%)	33 (38,8%)	0	82 (62,6%)	49 (37,4%)	0
Populations d'enfants et de jeunes	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	29 (100,0%)	0 (0,0%)	0	33 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Populations vivant avec le cancer	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	33 (100,0%)	0 (0,0%)	2	37 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Prévention des infections	31 (77,5%)	9 (22,5%)	3	29 (74,4%)	10 (25,6%)	1	60 (75,9%)	19 (24,1%)	4
Gestion des médicaments (normes adaptées)	28 (90,3%)	3 (9,7%)	3	8 (61,5%)	5 (38,5%)	0	36 (81,8%)	8 (18,2%)	3
Banques de sang et services transfusionnels	21 (91,3%)	2 (8,7%)	19	7 (100,0%)	0 (0,0%)	10	28 (93,3%)	2 (6,7%)	29
Laboratoires et banques de sang	66 (91,7%)	6 (8,3%)	9	91 (96,8%)	3 (3,2%)	1	157 (94,6%)	9 (5,4%)	10
Services d'imagerie diagnostique	39 (69,6%)	17 (30,4%)	11	47 (82,5%)	10 (17,5%)	4	86 (76,1%)	27 (23,9%)	15

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
Services de laboratoires biomédicaux	13 (81,3%)	3 (18,8%)	0	32 (88,9%)	4 (11,1%)	0	45 (86,5%)	7 (13,5%)	0
Services de santé communautaire	12 (92,3%)	1 (7,7%)	0	52 (94,5%)	3 (5,5%)	0	64 (94,1%)	4 (5,9%)	0
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0	109 (98,2%)	2 (1,8%)	1	126 (97,7%)	3 (2,3%)	1
Services de soins de longue durée	19 (79,2%)	5 (20,8%)	0	52 (73,2%)	19 (26,8%)	1	71 (74,7%)	24 (25,3%)	1
Services des urgences	24 (80,0%)	6 (20,0%)	1	63 (70,0%)	27 (30,0%)	5	87 (72,5%)	33 (27,5%)	6
Soins ambulatoires	29 (85,3%)	5 (14,7%)	4	71 (94,7%)	4 (5,3%)	0	100 (91,7%)	9 (8,3%)	4
Soins et services à domicile	35 (89,7%)	4 (10,3%)	1	46 (90,2%)	5 (9,8%)	1	81 (90,0%)	9 (10,0%)	2
Total	410 (83,0%)	84 (17,0%)	51	751 (85,3%)	129 (14,7%)	26	1161 (84,5%)	213 (15,5%)	77

* 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 (Gestion des médicaments (normes adaptées))	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 3
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services des urgences)	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 (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 2
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Soins et services à domicile)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services des urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Soins et services à domicile)	Non Conforme	0 sur 3	0 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 (Gestion des médicaments (normes adaptées))	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 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 : Communication			
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
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	1 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	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 (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 de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services des urgences)	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 (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			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments (normes adaptées))	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
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments (normes adaptées))	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments (normes adaptées))	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Non Conforme	1 sur 2	1 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Non Conforme	4 sur 5	1 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Non Conforme	1 sur 3	0 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	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 : Prévention des infections			
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de stérilisation (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Non Conforme	1 sur 1	2 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)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 3	0 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 matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Prévention du suicide (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

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 offrent des compétences variées et pertinentes. Plusieurs membres du conseil d'administration ont des implications multiples dans la communauté assurant ainsi un contact intéressant avec le citoyen. Ils peuvent donc tâter le pouls de la population au sujet de la satisfaction envers leur CSSS et également influencer le développement des communautés. Le conseil d'administration s'est bien approprié le processus de planification stratégique. Cette dernière constitue un outil qui guidera de façon certaine les actions des différents acteurs du CSSS vers l'amélioration de la qualité des soins et services et encouragera une plus grande participation citoyenne, laquelle semble déjà bien amorcée. De plus, le conseil a accepté de consentir de nouvelles ressources à l'amélioration de la qualité, ce qui s'est traduit par la création d'une direction dédiée à la qualité. La participation des membres à plusieurs formations reflète leur volonté de mettre à jour leur compétence. Les partenaires unissent leur voix pour affirmer sans hésitation que la qualité des liens qui les unissent au CSSS est de haut niveau, et ce, autant sur le plan des organismes communautaires, des CSSS, du CHUS que du milieu scolaire. Bien que certains dossiers soient à développer avec des partenaires régionaux, tels que la lecture d'imagerie médicale et l'organisation pharmaceutique, des liens solides de collaboration et d'échange d'informations sont déjà en place dans plusieurs secteurs.

L'équipe de direction est nouvelle et dynamique. L'arrivée de nouveaux acteurs favorise le passage d'une culture verbale à une démarche mieux formalisée qui assurera le suivi et la pérennité de la philosophie de l'organisation. Impliquée dans de multiples projets découlant de la planification stratégique, la direction fait preuve de leadership au niveau des actions de prévention et de promotion de la santé déployées dans la communauté. Plusieurs autres projets reliés à son offre de service sont en élaboration avec la participation des citoyens, à la grande satisfaction des intervenants. On constate également une volonté de développer un modèle intégrateur de gestion des risques et d'amélioration de la qualité et de la performance. Une attention particulière devra être portée aux équipes et à la priorisation des projets afin de pouvoir gérer en tenant compte des capacités de l'organisation à soutenir ces activités en plus des soins et services habituels. L'implantation d'un cadre conceptuel en éthique demandera également des efforts de concertation de la direction avec ses gestionnaires et ses professionnels de la santé.

D'autre part, les employés et les équipes médicales comme multidisciplinaires se déclarent satisfaits de leur qualité de vie au travail. Dans la plupart des équipes rencontrées, les employés ont mentionné qu'ils reçoivent la formation nécessaire pour effectuer leur travail. Il est nécessaire pour l'organisation de se doter d'un plan de développement des ressources humaines pour le développement de l'ensemble de ses activités. Des démarches en lien avec la prévention de la violence en milieu de travail sont initiées et à poursuivre. L'organisme doit revoir la mise en œuvre des politiques et des procédures qui lui permettent de surveiller le rendement global de l'organisation.

La prestation des soins et services est adéquate. On encourage l'organisation à poursuivre ses efforts pour optimiser son offre de service et harmoniser ses programmes. L'arrimage des services pour assurer une complémentarité régionale donne de bons résultats. On note plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité à travers toute l'organisation. Des défis importants devront être rencontrés concernant la systématisation des processus cliniques. Cette réalité est particulièrement présente en hébergement. Des programmes touchant la sécurité de la clientèle, tels que la prévention des chutes et la prévention des infections, sont à instaurer dans plusieurs secteurs.

Les usagers tout comme leurs proches sont généralement très satisfaits des soins et services offerts, en terme de qualité et de variété. Selon certains, « que ce soit en tant que patient autant qu'en tant que soignant, ici tu es quelqu'un! » On encourage l'organisation à réaliser ses plans d'amélioration en lien avec les résultats du sondage sur la satisfaction de la clientèle, tout en intégrant les pistes d'amélioration soulevées antérieurement, incluant la visite ministérielle.

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	
<p>Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Services d'imagerie diagnostique 15.7
<p>Transfert de l'information L'équipe transmet efficacement les renseignements d'un prestataire de services à l'autre aux points de transition.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Services de soins de longue durée 12.4
<p>Bilan comparatif des médicaments à l'admission L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant au début des services quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif devrait être effectué périodiquement selon ce qui est approprié pour le client ou la population qui reçoit les services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 12.3 Soins et services à domicile 6.7 Services de soins de longue durée 7.4 Soins ambulatoires 8.3
<p>Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé L'équipe établit, de concert avec le client et la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (cercle de soins, congé), quand la gestion des médicaments fait partie des soins ou quand l'évaluation du clinicien établit que ce bilan est nécessaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Soins et services à domicile 11.2 Soins ambulatoires 12.2 Services de soins de longue durée 12.3 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 14.3
<p>Abréviations dangereuses L'organisme a établi et mis en oeuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des médicaments (normes adaptées) 1.10

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
Formation sur les pompes à perfusion Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	<ul style="list-style-type: none"> Services des urgences 4.5
Sécurité liée à l'héparine L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits à l'héparine et retire les formats à dose élevée.	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des médicaments (normes adaptées) 1.6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Plan de sécurité des patients L'organisme élabore et met en oeuvre un plan sur la sécurité des usagers.	<ul style="list-style-type: none"> Normes sur le leadership 15.1
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.	<ul style="list-style-type: none"> Normes sur le leadership 9.7
Prévention de la violence en milieu de travail L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.	<ul style="list-style-type: none"> Normes sur le leadership 2.10
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
Taux d'infection L'organisme fait le suivi des taux d'infections, analyse l'information recueillie pour déterminer des regroupements, des épidémies et des tendances, et partage l'information dans l'ensemble de l'organisme.	<ul style="list-style-type: none"> Prévention des infections 1.2
Vérification de l'hygiène des mains L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains.	<ul style="list-style-type: none"> Prévention des infections 6.5

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes	
<p>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 résidents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services d'imagerie diagnostique 15.6 · Soins ambulatoires 17.2 · Services de soins de longue durée 17.2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention des plaies de pression L'équipe évalue le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services de soins de longue durée 8.4

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.

Veillez consulter l'annexe A pour une liste des processus prioritaires.

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

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

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

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 : 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	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
3.1 Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel en matière d'éthique et de critères fondés sur l'expérience concrète pour le guider dans ses décisions.	!
7.8 Le conseil d'administration dispose d'un plan pour la relève du DG.	
9.4 Le conseil d'administration revoit régulièrement la fréquence et la gravité des événements indésirables, ainsi que des incidents et accidents évités de justesse, et il utilise l'information pour saisir les tendances, les questions entourant la sécurité des clients et du personnel, de même que les possibilités d'amélioration.	!
10.3 Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir, mettre en oeuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme.	
10.4 Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages au personnel, aux partenaires et à la communauté.	
11.2 Le conseil d'administration collabore avec le DG et les dirigeants de l'organisme pour élaborer un plan intégré d'amélioration de la qualité.	!
11.3 Le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soit en place.	!

11.5 Le conseil d'administration favorise l'apprentissage à partir de résultats, la prise de décisions fondées sur la recherche et les données probantes, et l'amélioration continue de la qualité pour l'organisme et le conseil d'administration.

13.7 Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.



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

L'implication du conseil d'administration dans toute la démarche de planification stratégique est remarquable. Le conseil d'administration s'est doté d'un plan de formation permettant à ses membres d'exercer de façon adéquate leur rôle. Il dispose également d'un processus d'orientation de ses nouveaux membres. Le conseil d'administration s'autoévalue et a un plan d'action pour améliorer son fonctionnement. Il s'est assuré d'une complémentarité très intéressante dans la sélection de ses membres. De plus, plusieurs d'entre eux sont impliqués dans leur communauté. Il doit poursuivre ses efforts pour systématiser son analyse pour saisir les tendances, les questionnements entourant la sécurité des clients et du personnel de même que les possibilités d'amélioration.

Le conseil d'administration est invité à souligner la contribution de ses membres et à leur fournir des commentaires à ce sujet. Le conseil d'administration est encouragé à accorder une attention particulière à la reconnaissance de toutes les personnes oeuvrant dans son organisation. Le conseil d'administration doit se doter d'indicateurs de suivi sous forme de tableaux de bord de gestion. Le conseil d'administration est invité à faire des actions favorisant davantage l'apprentissage à partir des résultats, la prise de décision fondée sur la recherche et les données probantes et l'amélioration continue de la qualité. L'établissement doit se doter d'un tableau intégrateur de l'ensemble des risques dans l'établissement pour en faire le suivi.

3.1.2 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
1.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un cadre conceptuel en matière d'éthique dans le but de favoriser l'éthique dans la pratique.	!
4.11 Les politiques et les procédures relatives aux fonctions, aux activités et aux systèmes clés de l'organisme sont conservées par écrit, autorisées, mises en oeuvre et mises à jour.	
6.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore des plans opérationnels annuels pour appuyer l'atteinte des plans stratégiques ainsi que des buts et objectifs, et pour orienter les activités quotidiennes.	!
6.2 Au moment d'élaborer les plans opérationnels, le personnel d'encadrement de l'organisme obtient les commentaires du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et d'autres partenaires, et communique les plans à l'échelle de l'organisme.	
6.3 Les plans organisationnels déterminent les ressources, les systèmes et les infrastructures nécessaires pour offrir les services et atteindre le plan, les buts et les objectifs stratégiques.	
6.4 Les structures et les secteurs de services ou les programmes de l'organisme sont élaborés, mis en oeuvre et ajustés de manière à appuyer la prestation des services et l'atteinte des plans opérationnels.	
6.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un processus pour gérer les changements.	
12.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise un processus structuré pour déterminer et analyser les défis ou les risques réels et potentiels.	!

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

L'établissement dispose d'un processus structuré de planification stratégique. Il a complété une démarche complète de planification stratégique couvrant la période de 2012-2017. L'organisme a produit un canevas lui permettant de standardiser la mise en forme de la programmation de ses services. L'établissement entretient d'excellents liens avec les partenaires de sa communauté qu'il associe au recensement des besoins et à la conception des services pour sa population.

L'établissement doit revoir ses programmes services et ses programmes de soutien pour remettre en forme la programmation de ses services. Il doit ajuster ses politiques et procédures en conséquence pour uniformiser son fonctionnement et ajuster ses plans. Les différents secteurs de l'organisation doivent disposer de plans opérationnels annuels. L'établissement doit disposer d'un processus structuré pour déterminer et analyser les défis et les risques réels et potentiels.

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)

L'établissement dispose de tous les éléments lui permettant de faire l'attribution des ressources en lien avec sa planification financière autant pour son fonctionnement que pour les immobilisations. Pour ce faire, il a défini les principes et les orientations qui le guident de même que d'une démarche assortie d'un échéancier. Ces éléments sont appliqués. Les gestionnaires sont formés et un suivi est assuré avec chacun. Il a établi des critères pour orienter ses décisions. Le conseil d'administration dispose des informations nécessaires à la prise de décisions. L'ensemble des gestionnaires sont mobilisés à contribuer de façon positive à ces processus.

Nous encourageons l'organisme à se doter d'un cadre de référence intégré pour baliser et encadrer les décisions et les opérations liées à sa gestion financière de même que les politiques et procédures qui s'y rattachent. L'établissement veut revoir son processus d'approvisionnement de manière à permettre au personnel clinique de consacrer davantage de temps aux services directs à la clientèle. L'établissement souhaite élaborer et mettre en oeuvre un plan directeur clinique immobilier en lien avec sa planification stratégique et l'évolution des besoins de sa clientèle. L'établissement est encouragé à poursuivre l'implantation d'une application informatique lui permettant d'enregistrer les requêtes informatiques et d'en faire le suivi. L'organisme veut redéfinir son offre de service des ressources informationnelles enfin de mieux répondre aux besoins cliniques et administratifs.

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	
2.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme appuie la formation et le perfectionnement professionnel dans l'ensemble de l'organisme.	
2.10 L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail. 2.10.4 L'organisme effectue des évaluations des risques pour vérifier le risque de violence en milieu de travail. 2.10.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail, et il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence, et apporter des améliorations à la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail. 2.10.8 L'organisme fournit de l'information et de la formation au personnel sur la prévention de la violence au travail.	 PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE
2.11 Le personnel d'encadrement de l'organisme établit un processus de communication confidentiel qui permet au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles de formuler leurs plaintes, leurs préoccupations et leurs griefs.	
10.10 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre des politiques et des procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel et qui sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	
10.11 Les politiques et les procédures de l'organisme qui permettent de surveiller le rendement indiquent comment traiter les problèmes liés au rendement de façon juste et objective.	
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)


L'établissement a fait le choix d'une approche lui permettant de devenir une organisation saine et en santé et centrée sur les individus qu'il s'agisse des clients, du personnel, des partenaires (Planetree). L'établissement dispose de plusieurs mesures favorisant la conciliation travail et famille (horaires 4/32, horaires flexibles, horaire atypique, etc.). Le personnel bénéficie d'un programme d'aide aux employés généreux incluant la famille immédiate pour plusieurs mesures. L'établissement adhère à une communauté de pratique sur la gestion de la présence au travail. Des mesures de reconnaissance existent : 25 ans de services retraités, Prix Suzanne Roy (savoir-être). L'organisme a conçu un Guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail.

L'organisme doit intégrer dans un plan de développement des ressources humaines l'ensemble de ses activités incluant l'élaboration et l'implantation de sa philosophie de gestion des ressources humaines. L'organisme doit évaluer les risques de violence en milieu de travail. L'accès à la formation et au perfectionnement, ajusté à la hauteur des défis, est inégal dans les différents secteurs de l'organisation. L'établissement doit disposer de rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence en milieu de travail. Aucune formation n'est donnée au personnel sur la violence en milieu de travail. L'établissement est encouragé à mettre en place son guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail incluant les outils nécessaires pour intervenir adéquatement afin de prévenir, contrer et éliminer la violence en milieu de travail.

L'établissement doit établir un processus formel de communication confidentiel permettant au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles de formuler leurs plaintes, leurs préoccupations et leurs griefs. L'organisme doit revoir la mise en oeuvre des politiques et des procédures qui lui permettent de surveiller le rendement du personnel incluant l'évaluation de rendement. L'établissement est invité à poursuivre la consolidation de son plan de main-d'oeuvre.

3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
3.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise et soutient la diffusion et la viabilité des résultats de l'amélioration de la qualité.	
3.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise l'apprentissage à partir des résultats de l'amélioration de la qualité et de la prise de décisions fondées sur la recherche et les données probantes; il favorise également l'expérience des usagers et l'amélioration continue de la qualité.	
3.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise et appuie le recours systématique à des processus et à des protocoles normalisés ou aux guides des meilleures pratiques pour réduire les variations entre les services et les soins, s'il y a lieu.	
12.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques.	!
12.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue l'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques et apporte les améliorations nécessaires.	
12.6 Dans le cadre de sa méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme suit des politiques et des procédures établies pour choisir et négocier les services contractuels.	
12.7 Dans le cadre de sa méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme évalue la qualité des services contractuels.	
15.1 L'organisme élabore et met en oeuvre un plan sur la sécurité des usagers. 15.1.1 L'organisme évalue les problèmes liés à la sécurité des usagers. 15.1.2 L'organisme dispose d'un plan qui permet de s'occuper des problèmes de sécurité des usagers qu'il a cernés.	 PRINCIPAL SECONDAIRE
15.10 L'organisme surveille sa culture de sécurité des usagers en ayant recours au Sondage sur la culture de sécurité des patients. 15.10.2 L'organisme a pris des mesures en réaction au dernier Sondage sur la sécurité des patients.	!

16.1	Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un plan intégré d'amélioration de la qualité.	!
16.2	Le personnel d'encadrement de l'organisme suit un processus défini pour sélectionner et surveiller les processus et les mesures de résultats à l'échelle de l'organisme dans le but d'évaluer le rendement de l'organisme d'un point de vue stratégique.	!
16.5	Le personnel d'encadrement de l'organisme cerne des possibilités d'amélioration de la qualité fondées sur les tendances relatives aux événements sentinelles, aux événements indésirables et aux incidents ou accidents évités de justesse, aux données sur le rendement, aux données sur l'expérience des usagers, ainsi qu'à d'autres sources, et il élabore un plan pour dresser l'ordre des priorités et se pencher sur les possibilités d'amélioration.	!
16.6	Le personnel d'encadrement de l'organisme vérifie si les plans d'amélioration de la qualité et les changements qui s'y rattachent sont mis en oeuvre.	!
16.7	Le personnel d'encadrement de l'organisme produit des rapports réguliers sur le rendement de l'organisme et diffuse l'information qui en découle au conseil d'administration, s'il y a lieu.	
16.8	Le personnel d'encadrement de l'organisme communique les résultats des activités d'amélioration de la qualité à grande échelle, au besoin.	!

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


La création récente d'une direction de la performance, de la qualité et des communications démontre l'importance que l'organisation accorde à l'amélioration de la qualité et la sécurité. Le développement de la culture d'amélioration de la qualité continue en est à ses débuts. Selon la perception de plusieurs personnes rencontrées, jusqu'à tout récemment, ce qui a été réalisé, l'a été beaucoup plus pour répondre à une commande externe que pour améliorer la qualité. Par conséquent, peu d'outils sont réellement intégrés et se maintiennent dans le temps, ce qui a un impact sur la viabilité des résultats. De plus, la majorité des outils développés ces dernières années ne sont plus disponibles à la suite d'une réorganisation administrative. Le choix des indicateurs qui composeront éventuellement le tableau de bord se fait actuellement. On sent un souci partagé (car plusieurs personnes l'expriment) de développer un modèle intégrateur qui tient compte de la qualité continue, la gestion des risques et de la performance. L'ensemble des problèmes liés à la sécurité des usagers n'est pas évalué. Il y a également une volonté partagée des différents acteurs du milieu de développer un programme intégré de gestion des risques qui incluent les risques corporatifs, mais ce n'est pas encore en place. Tout est à faire, l'équipe est petite et les mandats nombreux. La priorisation des dossiers devient quelquefois difficile.

Lors de la visite, plusieurs usagers et des proches ont été rencontrés et ils expriment leur satisfaction au regard des services reçus. Le nombre de plaintes traitées est stable depuis les dernières années. Toutefois, depuis peu, on rapporte un nombre plus élevé au niveau de l'hébergement. Il n'y a pas eu de retour fait avec les résultats des sondages de la satisfaction de la clientèle et des résidents et il n'y a pas de plan d'action. Selon la personne rencontrée au comité des usagers, il n'y a pas toujours de suivi des recommandations. Par exemple, lors de la visite « milieu de vie en CHSLD », il aurait été recommandé de cesser la pratique où des employés utilisent le salon des résidents pour souper. Selon un rapport produit par la direction, ce point devait être réglé, mais une plainte déposée moins d'un an plus tard porte sur le même sujet.

Les cadres de référence régionaux offrent de belles structures normalisées. Toutefois, localement on ne sent pas que le recours systématique à des processus ou à des protocoles normalisés fait partie des stratégies en vue de réduire les variations entre les services et les soins.

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
1.5 Le cadre conceptuel en matière d'éthique définit les processus et les outils servant à gérer les problèmes, les dilemmes et les préoccupations d'ordre éthique.	
1.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme désigne et surveille les personnes responsables du cadre conceptuel en matière d'éthique et des processus de résolution des problèmes d'éthique.	
1.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme renforce la capacité de l'organisme à utiliser le cadre conceptuel en matière d'éthique.	
1.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme suit un processus de collecte et d'examen de l'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique.	
1.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise l'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique pour améliorer la qualité des services.	
1.10 Le cadre conceptuel en matière d'éthique englobe un processus pour examiner les répercussions des activités de recherche sur l'éthique.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Il n'y a pas de cadre conceptuel en matière d'éthique qui intègre l'ensemble des processus et outils servant à gérer les problèmes, les dilemmes et les préoccupations d'ordre éthique. Une politique en matière d'éthique est en vigueur depuis octobre 2011 et elle vise à baliser la dimension de l'éthique clinique. Un comité d'éthique qui devrait jouer un rôle consultatif, d'accompagnement et de sensibilisation, n'est pas actif. La reprise des activités est prévue à l'automne. Un code d'éthique et de déontologie spécifie les droits des usagers et leurs responsabilités, les responsabilités des intervenants et les responsabilités de l'établissement. Il a été produit en 2007 et réimprimé en 2010. Une mise à jour serait sûrement nécessaire. Du côté du conseil d'administration, les administrateurs signent leur propre code d'éthique et de déontologie. Ce code a pour prémices d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Pour les projets de recherche, l'approbation en matière d'éthique est demandée au Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et des services sociaux de l'Estrie (régional) qui ont reçu une désignation à cet effet et qui possèdent l'expertise en la matière. De façon naturelle, les intervenants qui sont confrontés à des dilemmes éthiques se réfèrent à leurs supérieurs. Le cheminement par la suite n'est pas systématique ni bien encadré.

3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
7.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme collabore avec le conseil d'administration pour élaborer et mettre en oeuvre un plan de communication en vue de diffuser de l'information aux partenaires de l'interne et de l'externe, et en recevoir d'eux.	
7.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme consulte régulièrement les partenaires pour évaluer l'efficacité de ses relations avec ceux-ci.	
11.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme offre au personnel et aux prestataires de services l'accès en temps opportun à des données fondées sur la recherche et de l'information fondée sur les pratiques exemplaires et les meilleures pratiques.	!
11.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue régulièrement la qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme, et améliore les systèmes d'information de celui-ci.	

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

La présence dans l'établissement d'une agente de communication lui permet de disposer de plusieurs outils de communication intéressants; journal interne Le point com, planification stratégique, outil de planification de la communication, fiche de communication et plan de communication sur un projet spécifique, affichages divers, etc. L'établissement a débuté l'implantation du dossier clinique informatisé. Il dispose d'un réseau sans fil pour garantir une meilleure continuité dans ses communications. L'organisme dispose d'un site Web très attrayant.

L'établissement doit mettre en place une politique pour encadrer les communications assorties d'un plan de communication à l'échelle de l'organisation pour tous ses publics cibles. Cela permettra d'établir les priorités et de faire des choix pour respecter sa capacité de réalisation. L'organisme doit déterminer des indicateurs lui permettant d'évaluer la qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme. L'établissement veut rendre l'information de son rapport annuel plus accessible pour la population de son réseau local.

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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
9.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme protège la santé et la sécurité des usagers et du personnel en tout temps, en particulier pendant les périodes de construction ou de rénovation.	

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

Plusieurs non-conformités ont été observées par le Conseil québécois d'agrément lors de la visite du milieu d'hébergement qui a eu lieu en septembre dernier. Un plan d'action a été rédigé et la majorité des correctifs ont déjà été apportés. Pour les situations non réglées, des actions sont entreprises. Lors de notre visite, on peut constater que les lieux sont propres et les corridors ne sont pas encombrés. Le bâtiment semble bien entretenu et des contrats de services avec des firmes spécialisées sont conclus pour l'entretien de système plus complexe comme la ventilation par exemple. Une planification des travaux à venir est réalisée et tient compte des besoins cliniques. À cela s'ajoute la volonté de développer le mieux possible le caractère « milieu de vie » en hébergement. La meilleure utilisation des ressources fait aussi partie des préoccupations et un projet de partage de ressources humaines spécialisées en entretien de bâtiment avec un partenaire est en discussion. Le contrôle des accès à l'établissement est fonctionnel. Des systèmes d'appoint sont prévus en cas de panne des services publics. Une génératrice alimente 80 % des besoins d'alimentation électrique et son fonctionnement est vérifié chaque semaine. Au niveau de l'eau potable, un plan d'approvisionnement est prévu en cas de bris du système d'alimentation habituel. Des initiatives pour réduire l'utilisation d'eau potable sont mises en œuvre. Il y a aussi des activités de compostage et de recyclage.

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	
14.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre des plans de prévention et de réduction des situations d'urgence et des sinistres potentiels.	!
14.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme donne accès à une formation visant à appuyer le plan d'intervention pour tous les dangers en cas de sinistres ou d'urgences.	
14.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme met régulièrement à l'essai les plans d'intervention pour tous les dangers en vue de sinistres ou d'urgences de l'organisme en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité de répondre à ces situations.	!
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.	
14.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un système de gestion des incidents pour orienter et coordonner les mesures et les opérations pendant et après les sinistres et les urgences.	
14.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un plan de communication en cas d'urgence.	
14.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un plan de continuité des opérations afin de poursuivre les opérations critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.	
14.11 Lorsque surviennent des sinistres ou des urgences, le personnel d'encadrement de l'organisme offre au personnel, prestataires de services, bénévoles, usagers et à la communauté la possibilité d'obtenir du soutien et de faire le bilan.	
Ensemble de normes : Prévention des infections	
14.2 Les politiques et procédures à suivre pour déceler et gérer les épidémies et les pandémies sont mises à la disposition du personnel, des prestataires de services, des bénévoles, des clients et des familles.	!

14.5	Les politiques et les procédures comprennent la définition des rôles, des responsabilités et les obligations redditionnelles du personnel, des prestataires de services et de bénévoles qui participent à l'identification ou la gestion des épidémies et des pandémies.	
14.8	L'organisme revoit ses politiques et procédures régulièrement, après chaque épidémie et y apporte des changements s'il y a lieu.	
Ensemble de normes : Services des urgences		
2.5	L'équipe a élaboré un plan de préparation aux situations d'urgence et ses membres sont formés et équipés pour gérer les sinistres et les 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)		
<p>Le plan de mesure d'urgence est terminé, il est en processus final d'adoption et sera mis en oeuvre et la formation sera offerte par la suite. L'exercice de rédaction et de conception a été stimulé par la participation à une urgence régionale d'envergure. L'équipe est enthousiaste au regard de son plan et du déploiement de celui-ci.</p>		

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 sur le leadership	
13.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise l'information sur les obstacles au cheminement des usagers pour élaborer une stratégie visant à renforcer la capacité de l'organisme à répondre à la demande de services et à améliorer le cheminement des usagers dans l'ensemble de l'organisme.	
Ensemble de normes : Services des urgences	
1.7 L'équipe collabore avec ses partenaires pour informer la communauté, les clients, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des clients de la façon d'accéder aux services d'urgence, y compris la salle d'urgence.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	


Les gestionnaires et prestataires de soins de l'établissement ont utilisé la méthode LEAN pour améliorer le cheminement des usagers. Au département d'urgence, plusieurs éléments ont été ciblés et évalués. Certains correctifs ont été mis en œuvre et testés.

D'autres éléments sont toujours en processus d'analyse, tels l'ajout de personnel clérical et de soutien, ce qui aurait pour effet de soulager les infirmières de certaines tâches, et d'accélérer la prise en charge et les soins aux patients, des objectifs LEAN. Certains correctifs environnementaux ont été apportés, et doivent être mis à profit. Une épuration des cartables de travail au profit de directives électroniques a permis de simplifier le processus de consultation des manuels de référence et d'accélérer leur mise à jour. Des ordonnances collectives ont été mises en pratique.

D'autres suggestions ne découlant pas de traceurs, mais d'observation ont été retenues.

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	
9.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme dispose d'un processus visant à offrir une formation aux prestataires de services sur le fonctionnement sécuritaire de l'équipement, des instruments et des appareils médicaux.	!
9.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore un processus ou une politique pour veiller à ce que les prestataires de services reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement, les instruments et les appareils médicaux spécialisés.	
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. 9.7.1 Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie. 9.7.2 Il y a des rapports d'entretien préventif pertinents. 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.	 PRINCIPAL PRINCIPAL SECONDAIRE
Ensemble de normes : Prévention des infections	
12.8 L'organisme consigne les désinfections en précisant l'instrument traité et le désinfectant utilisé.	
12.18 L'organisme dispose d'un programme de contrôle de la qualité de ses processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des appareils ou instruments réutilisables.	!
Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique	
8.7 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!

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

La systématisation et l'uniformisation des mesures de suivi et de contrôle de l'entretien des appareils et équipement sont en cours. Des changements mineurs restent à être apporter aux contrôles environnementaux des locaux de stérilisation. Une procédure de suivi systématique de tous les appareils et instruments, de même qu'un processus global de contrôle de la qualité sont en cours d'implantation. Toutefois, un très bon contrôle est effectué sur chaque unité stérilisée. Le technicien suit une formation régulière.

Les achats de matériel, instruments et pièces d'équipement sont soigneusement planifiés et prévus au budget, selon l'urgence de leur remplacement. Les suggestions du ministère sont rigoureusement suivies à cet effet, à moins d'impondérables.

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.

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.

3.2.1 Ensemble de normes : Populations d'enfants et de jeunes

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population

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

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

Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population

L'organisme a accès à l'information sur la population desservie par l'agence et l'observateur estrien. Les tables de concertation sont également des sources importantes d'information. Des sous-groupes de clientèles ont été identifiés pour évaluer et répondre à leurs besoins (accès facile aux drogues, isolement social, négligence, etc.)

La table « La voix des parents » permet de recueillir de l'information directement de la clientèle ciblée.

Les programmes régionaux contribuent à déterminer les objectifs des équipes. Il existe des plans d'action issus des tables de concertation régionales 0-5 ans et 6-17 ans. Ces tables sont des lieux de partenariat important où l'on fixe des objectifs de continuums. Le CSSS exerce un leadership à ces tables et coordonne des services régionaux.

Le personnel nous dit recevoir la formation nécessaire pour effectuer le travail bien que certains types de formation ne soient pas disponibles sur le marché. La coordonnatrice clinique 6-18 ans, qui joue un rôle de soutien auprès de l'équipe, met à jour ses connaissances sur une base continue. Il existe des programmes de formation déployés régionalement qui répondent aux besoins des employés travaillant avec clientèles spécifiques.

Le personnel a accès à des consultations de pédopsychiatres par une table tripartite. Un conseiller juridique est également disponible. Le coordonnateur clinique, la gestionnaire du programme ainsi qu'une conseillère en activités cliniques soutiennent l'équipe.

Le programme suit ses indicateurs de gestion et s'en sert pour l'amélioration des processus.

Un partenaire mentionne que les communications entre les deux organismes sont efficaces et constructives. Le roulement de personnel au CSSS nécessite toutefois que les informations soient répétées. Cela n'occasionne toutefois pas de perte d'information, car le partenaire souligne que les informations aux dossiers sont bien documentées.

Le programme possède un historique de liens avec les des organismes externes permettant de faire de la prévention : milieu scolaire, organismes communautaires, etc.

Il existe des cadres de références régionaux permettant aux équipes d'orienter leurs interventions vers des pratiques ayant fait leurs preuves. L'équipe a participé à un projet de recherche multisites au sujet du programme SIPPE.

Il existe des projets d'amélioration locaux qui touchent les compétences sociales et affectives qui seront déployées dans la planification 2013-2015 qui seront mobilisateurs pour le personnel et qui contribueront à développer une culture d'amélioration continue de la qualité qui est à ses débuts.

L'équipe planifie définir et promouvoir l'offre de services en dépendances ainsi que l'offre de 1re ligne en DI-TED en complémentarité avec les partenaires du RLS.

3.2.2 Ensemble de normes : Populations vivant avec le cancer

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques	
<p>Le portrait populationnel de la MRC date de 2006 et devrait être remis à jour sous peu. Une structure régionale est mise en place pour l'ensemble du continuum des soins et services pour les personnes atteintes de cancer ou à risque de l'être et pour leurs proches. Un cadre de référence régional du réseau intégré en oncologie/soins palliatifs de l'Estrie, adoptée en 2012, réunit les huit organisations de la région et soutien la démarche entreprise. L'apport de l'équipe du CSSS de la MRC de Coaticook se situe principalement dans le déploiement de l'outil de repérage et s'arrime à partir du rôle d'infirmière pivot en oncologie. En avril 2013, le CSSS a été choisi pour participer à un projet pilote de repérage qui permet de reconnaître les personnes dont les besoins de santé physique, mentale et fonctionnelle nécessitent un accompagnement ou un suivi par l'infirmière pivot. Éventuellement le processus de repérage sera déployé plus largement. Considérant que les services diagnostiques et spécialisés sont dispensés par le CHUS, ils fournissent les systèmes d'information clinique et les dossiers des clients. Toutefois, les intervenants de l'organisation y contribuent en jouant pleinement leur rôle et en transmettant l'information au moment opportun.</p> <p>Les liens de collaboration sont solides avec le CHUS : spontanément l'infirmière pivot du CHUS consultée par téléphone qualifie leur relation de beau travail d'équipe. Souvent des suivis conjoints sont réalisés, la prise en charge est rapide et les intervenants sont à l'aise de clarifier les situations. Des rencontres régionales permettent un transfert des connaissances et raffermissent les liens de complémentarité. La clientèle et leurs familles rencontrées en soins palliatifs sont très satisfaites des soins et services reçus et ils apprécient la continuité et la complémentarité de l'offre de service.</p>	

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 :

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 prestataire 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 prestataires 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.

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	
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.	!
19.4 L'équipe conserve le sang total et les produits sanguins labiles à une température optimale jusqu'à la transfusion. Référence CSA : Z902-10, 11.4.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels	

Les services transfusionnels du CSSS de Coaticook relèvent directement de la banque de sang du CHUS et ils se réfèrent au comité de transfusion du CHUS lors de besoins de consultation ou de soutien en lien avec les pratiques et les activités transfusionnelles.

La banque de sang du CSSS de Coaticook n'effectue pas d'analyse de groupe sanguin ni facteur RH ou autres tests reliés au service de transfusion comme les épreuves de compatibilité permettant de sélectionner le type de sang approprié pour chaque transfusion. Tout le processus analytique et postanalytique est confié au laboratoire de banque de sang du CHUS.

Normalement, un receveur a droit d'être informé de la nature et des impacts potentiels d'une transfusion avant de fournir son consentement à une telle procédure. Ce processus d'information requis par les normes a été difficile à évaluer lors de la visite d'agrément alors que les notes et bordereaux d'émission déposés au dossier du receveur n'étaient pas toujours bien complétés. Le laboratoire en collaboration avec la direction des soins infirmiers aurait avantage à mettre en place un processus de révision de la conformité de la procédure et/ou de promotion des bonnes pratiques d'information à conserver au dossier du patient à l'occasion d'une transfusion.

3.3.2 Ensemble de normes : Gestion des médicaments (normes adaptées)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
1.3 L'équipe stocke les médicaments dans un lieu sûr, approprié et conforme à la politique organisationnelle ainsi qu'aux dispositions législatives relatives aux médicaments contrôlés.	!
1.6 L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits à l'héparine et retire les formats à dose élevée. 1.6.2 L'inventaire comprend la vérification des produits et des quantités entreposés; l'évaluation de l'utilisation prévue de chaque produit à l'héparine entreposé (en lien avec des lignes directrices fondées sur des données probantes) ; et l'identification des produits non nécessaires qu'il faudra retirer.	 PRINCIPAL
1.10 L'organisme a établi et mis en oeuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme. 1.10.2 L'organisme se sert de la liste établie et l'applique à tous les documents portant sur les médicaments, qu'ils soient écrits à la main ou saisis à l'ordinateur. 1.10.4 Les abréviations dangereuses, les symboles et les désignations de dose ne sont pas utilisés sur les étiquettes et les formulaires produits par la pharmacie. 1.10.5 L'organisme informe le personnel de l'existence de la liste à l'orientation et lorsque des changements y sont apportés. 1.10.6 L'organisme fait la mise à jour de la liste et apporte les changements nécessaires à ses processus. 1.10.7 L'organisme effectue une vérification de la conformité en ce qui concerne la liste et apporte des changements aux processus en fonction des problématiques cernées.	 PRINCIPAL PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE SECONDAIRE
2.8 L'organisme dispose d'une trousse pour déversements de produits dangereux pour les agents cytotoxiques, laquelle est facilement accessible.	!
3.3 Les membres du personnel s'assurent que les clients sachent qui appeler et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments, que ce soit pendant leur traitement, après avoir reçu leur congé ou à l'occasion de leur transfert vers un autre service.	!
9.1 L'organisme dispose d'un programme de contrôle de la qualité en matière de gestion des médicaments.	
9.2 L'organisme choisit et évalue les indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments.	

9.3	L'organisme surveille régulièrement la conformité à ses politiques et procédures relatives aux médicaments.	
9.4	L'organisme contrôle l'utilisation des médicaments grâce à une revue continue de l'utilisation des médicaments.	
9.5	Selon les données recueillies et analysées, l'organisme détermine les possibilités d'amélioration et leur donne suite.	

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Il n'y a pas de pharmacien conseil attiré à cet établissement. Un bilan comparatif des médicaments est actuellement fait pour les patients admis via l'urgence, de même qu'un meilleur schéma thérapeutique, qui ne sont pas révisés par un pharmacien.

Le processus de sélection de médicaments n'est pas encadré par un pharmacien, ou un comité de pharmaco. Il n'y a pas de comité de pharmacologie. Pour en faire l'acquisition, un processus (non protocolisé) de sélection et d'approbation de cette médication par le CMDP est suivi. Un médicament approuvé par le CMDP est mis en circulation sans nécessairement qu'il y ait enseignement ou directives d'utilisation. Tant le personnel que les médecins sont conscients de l'absence d'encadrement formel de pharmacien hospitalier et pratiquent tous avec une très grande prudence. Ils consultent un pharmacien d'officine ou un collègue dans le doute. Les pharmaciens d'officine sont les bienvenus quand il s'agit de faire des suggestions et corrections.

Les erreurs de médicaments, peu courantes, sont déclarées, investiguées par l'infirmière chef. Des correctifs sont apportés, ponctuellement, localement et avec les partenaires concernés. Il n'y a pas systématiquement de diffusion généralisée de conclusions tirées de cette étude.

Il n'y a pas de pharmacie centrale dans l'établissement. Dans ce contexte, la pharmacie de l'urgence sert de réserve. L'organisation et la distribution de la médication individualisée semblent rigoureuses et efficaces. Les médicaments "au commun" ont besoin d'être organisés de façon plus rigoureuse, à l'urgence du moins. Le personnel est habitué de longue date à ce système de rangement, et les erreurs sont très rares. La mise en place d'un système informatisé de distribution viendra complètement éliminer ce risque d'erreur d'ici la fin de l'année.

Il y a un inventaire sommaire des types de produits d'héparine disponible et de leur lieu d'entreposage en regard de l'utilisation prévue. Il n'y a pas de protocole formel basé sur des données probantes pour le choix de médication en ce qui a trait aux types d'héparine à bas poids moléculaire. L'organisme limite les narcotiques disponibles à l'étage aux prescriptions individuelles des patients et au commun de l'urgence, aux concentrations recommandées.

L'ajout à l'équipe d'un pharmacien clinicien doit être une priorité pour l'établissement. Des pourparlers à cet effet sont en cours avec un hôpital de la région.

La liste des abréviations interdites est disponible sur leur intranet, mais n'est pas utilisée d'emblée par tous les intervenants, qui ignorent pour la plupart son existence, ou du moins où ils peuvent la consulter. Il n'y a pas de processus de révision de la liste. Il n'y a pas eu de mise à jour de la liste depuis sa mise en circulation.

Le personnel a les compétences nécessaires à l'acquittement des tâches qui lui incombent, et a accès à toutes les informations nécessaires et à jour en ligne sur la médication utilisée. Lors de l'utilisation de nouveaux médicaments, une formation est donnée.

Les médecins ont accès en tous temps à un pharmacien, soit en contactant l'un des pharmaciens communautaires, soit au pharmacien hospitalier du CHUS.

Peu de produits cytotoxiques sont utilisés tant au CH qu'au domicile des patients. Il n'y a pas de trousse de déversement ou de procédure de nettoyage, si un déversement se produisait.

3.3.3 Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
2.3 Le laboratoire revoit annuellement ses contrats avec les prestataires de services pour confirmer qu'on continue de répondre aux exigences. Référence ISO : 15189-07, 4.4.1 et 4.4.5.	!
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 révisé 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.	!
14.4 Le laboratoire suit une procédure de prévention des infections qui est appliquée de manière à ne pas contaminer le matériel ou mettre la santé du personnel en danger. Référence CSA : Z902-10, 22.1.1, 22.1.8.	!
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.	
17.4 Le laboratoire maintient un système d'alarme qui permet d'avertir le personnel de changements dans les conditions ou de dysfonctionnement, et il vérifie régulièrement le système. Référence CSA : Z902-10, 9.4.5.	!
25.6 Le laboratoire met en oeuvre et fait le suivi d'indicateurs de qualité en vue d'évaluer la contribution du laboratoire aux services aux patients et de communiquer ces résultats au personnel ainsi qu'aux autres programmes, services ou organismes. Référence ISO : 15189-07, 4.9.	!
26.4 Le laboratoire surveille tous les incidents sur une longue période de temps et utilise l'information ainsi obtenue pour apporter des améliorations.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

L'équipe de direction du laboratoire démontre une vision dynamique dans sa planification des services à rendre à sa population. On se préoccupe sincèrement de l'opinion de la clientèle et celle des professionnels concernés lorsque vient le temps de mettre en place de nouvelles orientations. Les relations de travail avec l'agence régionale et les laboratoires du CHUS semblent fort efficaces et empreintes de respect de part et d'autre.

L'équipe de technologistes offre un service d'analyse bien structuré qui répond efficacement aux besoins de l'organisation, malgré le nombre restreint d'employés. Ces derniers participent régulièrement à des activités de formation et/ou de perfectionnement et l'implantation d'un processus d'évaluation de l'efficacité de ces activités améliorerait probablement l'intégration des gains professionnels acquis.





Les aires réservées au centre de prélèvement sont actuellement restreintes et elles ne favorisent pas l'intimité ni le respect de la confidentialité. Nous encourageons la direction à tenir compte de ces éléments dans la configuration des nouvelles salles de prélèvement prévues dans le contexte de délocalisation du centre de prélèvement près de l'urgence du CSSS.

Un nouveau programme de sécurité a été implanté avec succès au laboratoire ces derniers mois. Il semble bien adapté au niveau de risque associé aux activités qui y sont menées. La responsable opérationnelle du programme planifie d'investir dans la prochaine année les efforts nécessaires pour mettre en place un processus documenté de vérification de la conformité aux bonnes pratiques de sécurité, en bonne et due forme.

Le laboratoire fait également le suivi de quelques indicateurs de qualité, recueillis de façon souvent manuelle et parfois informelle, dans le but d'évaluer la contribution du laboratoire aux services aux usagers. Nous encourageons la direction à développer un cadre plus rigoureux de cueillette des indicateurs de qualité qui pourront offrir un portrait de la performance du laboratoire à travers diverses périodes. Cela facilitera une communication plus dynamique de ces informations avec ses employés et ses prestataires de soins de même qu'auprès des autres programmes ou services desservis.

En général, la direction effectue une gestion efficace de ses ressources et s'efforce de maintenir ses équipements à un niveau élevé de précision et de qualité, dans un souci constant de bien répondre aux attentes et aux besoins de sa clientèle et de ses utilisateurs.

3.3.4 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
<p>1.2 L'organisme fait le suivi des taux d'infections, analyse l'information recueillie pour déterminer des regroupements, des épidémies et des tendances, et partage l'information dans l'ensemble de l'organisme.</p> <p>1.2.3 Le personnel et les prestataires de services connaissent les taux d'infections et les recommandations qui découlent des études sur les épidémies.</p>	<p></p> <p>SECONDAIRE</p>
<p>1.4 L'organisme communique les tendances et les observations importantes relatives aux infections à d'autres organismes, aux organismes de santé publique et à la communauté.</p>	
<p>2.2 L'organisme collabore avec ses partenaires pour inciter la communauté à participer aux projets de prévention des infections, y compris ceux qui portent sur le lavage des mains, ainsi qu'à la formation et qu'aux campagnes de sensibilisation.</p>	
<p>5.1 L'organisme élabore un programme de formation en matière de prévention des infections qui est adapté à l'organisme, à ses services et aux clientèles qu'il dessert.</p>	
<p>5.3 Le programme de prévention des infections porte sur les précautions personnelles et les activités à risque élevé qui ont lieu dans l'organisme.</p>	<p></p>
<p>5.4 Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles participent au programme de formation sur la prévention des infections au moment de leur orientation et régulièrement par la suite.</p>	
<p>5.5 L'organisme offre de la formation et du perfectionnement sur la prévention des infections aux partenaires, aux autres organismes et à la communauté.</p>	
<p>6.2 Les cadres supérieurs de l'organisme favorisent et soutiennent la mise en oeuvre de séances de formation et de perfectionnement sur l'hygiène des mains à l'intention du personnel, des prestataires de services et des bénévoles.</p>	<p></p>
<p>6.5 L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains.</p> <p>6.5.1 L'organisme effectue une vérification de sa conformité aux pratiques liées à l'hygiène des mains.</p> <p>6.5.2 L'organisme partage les résultats de sa vérification avec le personnel, les prestataires de services et les bénévoles.</p> <p>6.5.3 L'organisme utilise les résultats de la vérification pour apporter des améliorations à ses pratiques liées à l'hygiène des mains.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p> <p>SECONDAIRE</p>

7.3	L'information donnée aux clients et aux familles est consignée dans le dossier du client.	!
8.4	L'organisme se conforme à des lignes directrices nationales et à celles qui se rapportent à la santé et sécurité du travail en ce qui concerne les restrictions qui touchent le personnel, les prestataires de services et les bénévoles qui ont une maladie transmissible.	!
9.4	L'organisme dispose de politiques et de procédures pour contrôler et prévenir la propagation des agents infectieux, ce qui englobe le recours à des précautions relatives à la ventilation et des techniques d'isolement, ainsi que le regroupement en cohorte, s'il y a lieu.	!
10.3	Le personnel et les prestataires de services ont accès aux politiques et procédures de nettoyage de l'organisme.	
10.5	L'organisme réduit au minimum les risques d'infection de l'environnement physique pendant l'entretien régulier, ainsi qu'en phase de construction et de rénovation.	
11.6	L'organisme utilise des appareils munis d'un dispositif sécuritaire en ce qui concerne les objets pointus et tranchants ainsi que d'autre matériel à risque élevé.	!
12.17	L'organisme suit toujours un processus écrit pour le rappel, à l'interne, de l'équipement et des appareils médicaux utilisés en chirurgie lorsque la stérilisation est remise en cause.	!

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Le programme de prévention des infections a été élaboré en 2007 et a fait l'objet d'une légère révision en 2011. On n'y retrouve pas de mention des activités à risque élevé qui ont lieu dans l'organisme. Un cartable contenant des informations pertinentes en matière de prévention des infections est disponible dans les services et sert de manuel de référence pour le personnel clinique. Les taux d'infection sont compilés, mais ces taux ainsi que les recommandations qui en découlent ne sont pas transmis au personnel et aux prestataires de services.

Il y a eu un état de situation réalisé en octobre 2012 par la personne responsable de la prévention des infections concernant l'implantation du programme de formation à l'embauche et en cours d'emploi sur la prévention des infections nosocomiales. Le constat est à l'effet qu'un programme de formation ainsi que les outils s'y rattachant auraient été développés, mais non opérationnalisés tel que prévu. Il n'y a pas non plus de formation pour les bénévoles. L'organisation espère le déploiement régional d'une formation en ligne sur la prévention des infections qui est prévue à court terme. Il n'y a pas d'activités d'information ni de formation en prévention des infections qui ont été réalisées dans la communauté.

Il n'y a pas eu de formation ni d'audit sur le lavage des mains depuis au moins deux ans. Il existe une procédure « Audit : Hygiène des mains et port des gants » qui a été adoptée en 2010, celle-ci n'est pas appliquée.

Il n'y a pas de processus formel pour diminuer les risques d'infection de l'environnement physique pendant l'entretien ou lors de travaux de construction et de rénovation. Les dispositifs d'aiguilles rétractables sont utilisés seulement par un certain groupe de travailleurs, ce qui est questionnable selon le responsable de la prévention des infections.

Lors de notre visite, une éclosion d'un syndrome d'allure grippal est apparue sur une unité d'hébergement et la situation a été gérée de façon adéquate. Un aide-mémoire des rôles et responsabilités entourant les éclosions d'influenza existe, mais il n'existe aucune politique ni de procédures pour contrôler et prévenir la propagation des agents infectieux.

Des révisions des routes de travail du personnel affecté à l'entretien ménager sont en cours et elles ont permis l'ajout d'effectif. Un membre de l'équipe est actuellement en processus de formation concernant les techniques de nettoyage et pourra éventuellement transmettre à ses collègues ses connaissances. Il n'y a pas de politiques ni de procédures de nettoyage dans l'organisme. Des outils sont toutefois en voie de développement. Ils seront déployés à la suite de la formation du personnel de l'entretien.

Les activités entourant le nettoyage et le retraitement des appareils réutilisables sont conformes. Autant du côté du service alimentaire que de la buanderie, les aires d'entreposage et de circulation du matériel propre et souillé sont bien respectées.

3.3.5 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	
1.2 Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des clients au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
3.5 L'équipe dispose d'un directeur médical responsable de superviser et de gérer les médecins.	!
3.6 Le directeur médical de l'équipe et les médecins sont des spécialistes de l'imagerie autorisés par l'association ou l'ordre professionnel approprié.	!
6.9 L'équipe conserve les versions précédentes du manuel de politiques et de procédures conformément à la politique de l'organisme sur la conservation des dossiers.	
7.2 L'équipe utilise un registre d'équipement pour consigner l'entretien et les temps d'arrêt, et pour détecter et régler les problèmes.	!
7.3 L'équipe conserve les registres d'entretien préventif pendant au moins deux ans.	!
11.15 L'équipe vérifie les images (positionnement du client et qualité diagnostique) avant de laisser le client partir.	
11.16 L'équipe suit les politiques et les procédures pour déterminer si un client peut quitter.	
12.2 L'équipe évalue si elle se conforme aux délais établis concernant l'interprétation des résultats de l'imagerie diagnostique, et apporte des améliorations, s'il y a lieu.	
12.3 L'équipe communique avec les professionnels de la santé qui acheminent des clients immédiatement après l'obtention de résultats anormaux, imprévus ou dont le signalement est urgent.	!
15.1 L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.	!
15.2 L'équipe dispose d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique.	!
15.4 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!

15.5	L'équipe dispose d'un processus pour recevoir et consigner les alertes médicales et les avis de sécurité émis par Santé Canada et les organismes de réglementation provinciaux, et y accorder un suivi.	!
15.6	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	POR
15.6.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
15.6.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
15.6.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
15.6.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
15.6.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
15.7	L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	POR
15.7.2	L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
15.8	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!
16.1	L'équipe tient un horaire des interventions de contrôle de la qualité.	
16.2	L'équipe note les résultats des interventions de contrôle de la qualité, les problèmes détectés et les mesures correctives prises.	
16.3	Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	!
16.4	L'équipe documente toutes les analyses de cas de rejet ou de répétition ainsi que les mesures correctives prises.	!
16.5	L'équipe conserve les dossiers sur les cas de rejet ou de répétition pendant la période établie dans la politique de l'organisme.	!
17.3	L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des événements indésirables.	!
17.4	Au moins une fois par année, l'équipe examine les niveaux de référence diagnostiques dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité.	
17.5	L'équipe évalue les résultats des services d'imagerie diagnostique.	!

17.6	L'équipe évalue l'utilisation des services d'imagerie diagnostique au moyen d'un processus de gestion ou d'examen.	
17.7	L'équipe utilise les résultats du processus d'examen de l'utilisation des services pour renseigner les professionnels de la santé qui acheminent des clients et les prestataires de services d'imagerie diagnostique sur l'utilisation appropriée des services d'imagerie diagnostique.	
17.8	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et elle apporte des améliorations en temps opportun.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

L'équipe des techniciens en radiologie est constituée de trois techniciens, dont deux qui ont plus d'une trentaine d'années d'expérience chacun. Jusqu'à l'arrivée d'un troisième technicien il y a quelques années, ils étaient de garde 24H/24, la moitié des jours de l'année, une fin de semaine sur deux, et sans arrêt pendant les trois semaines de vacances de l'autre technicien. L'arrivée du troisième technicien, deux jours par semaine, a permis de réduire ce ratio. Une secrétaire médicale qui fait office de réceptionniste les assiste. L'atmosphère semble détendue et agréable, et le travail convivial.

La demande grandissante de radiographies entre 16 et 22 heures, secondairement à l'augmentation significative de l'achalandage de l'urgence rend toutefois les conditions de vie et de travail des techniciens plus difficiles. Après le départ à la retraite du directeur médical de radiologie et principal radiologue, l'envoi d'un nombre significatif de patients chez un partenaire du réseau pour des examens ne provenant pas de l'urgence a permis d'éviter une prise de retard dans ces examens. Ce départ à la retraite a eu lieu cet été et le médecin n'a pas encore pu être remplacé. Un processus fonctionnel de partenariat avec un hôpital partenaire a été développé ad-hoc, et est en cours d'officialisation. Lorsque l'hôpital aura complété son entente avec l'établissement partenaire, une réévaluation du fardeau des tâches des techniciens en radiologie, et un réajustement d'horaire au besoin seraient intéressants pour tous, patients et techniciens.

Il n'y a pas de radio-intervention. Seuls des lavements barytés sont effectués sous médication non sédatrice, non analgésique. Il n'y a pas de sédation administrée en radiologie, il n'y a donc pas de nécessité de zone de récupération post sédation.

Les lectures officielles par les radiologues arrivent par courrier, généralement dans la semaine suivant l'examen. Par contre, les médecins peuvent avoir accès à une dictée aussitôt que celle-ci est disponible ce qui est fréquemment la journée même. Il n'y a pas de mécanisme formel pour l'acheminement rapide ou stat de résultats anormaux vers les médecins demandeurs. Ceci serait évidemment à développer. En sus d'un partenariat avec un radiologue d'un autre hôpital, un partenariat avec les orthopédistes du CHUS, entre autre permettrait la lecture de Rx équivoques, conseils, et/ou transferts de patients de façon plus efficace.

Les urgences médicales sont rares. Un bouton d'appel émettant des signaux visuels et sonores à l'urgence peut être poussé pour obtenir immédiatement de l'aide de l'équipe de l'urgence. Les principaux incidents et accidents survenus en radiologies sont attribuables à des chutes. Bien qu'ils soient peu fréquents, l'instauration rapide d'une stratégie hospitalière en prévention des chutes serait importante. L'équipe ne participe pas à des simulations d'urgences médicales.

Les patients sont accueillis avec gentillesse et empressement, qu'ils soient de langue française ou anglaise, ou handicapés. Il y a suffisamment de place dans la salle d'attente pour les besoins des patients. Une salle de bain est disponible, des casiers sont offerts avec possibilité de les barrer, la demande de fournir des cadenas aux patients est faite. Il y a suffisamment de distance entre l'accueil et la salle d'attente pour assurer le respect de la confidentialité.

3.3.6 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
1.1 Le laboratoire réalise des analyses uniquement s'il reçoit une requête écrite ou électronique par une personne autorisée, par exemple un médecin.	
1.6 Les utilisateurs des services de laboratoire connaissent la marche à suivre pour faire une requête et s'y conforment. Référence ISO : 15189, 5.4.1.	
2.5 Le laboratoire dispose d'une politique décrivant les critères d'acceptation ou de rejet d'un échantillon primaire. Référence ISO : 15189, 5.4.5, 5.4.8.	!
3.2 Les procédures de transport sont conformes aux lois et aux règlements nationaux, régionaux ou locaux. Référence ISO : 15189, 5.4.6.	
8.1 Le laboratoire extrait des indicateurs de qualité des résultats généraux des analyses.	!
8.2 Le laboratoire informe les prescripteurs de leur performance individuelle.	
8.4 Le laboratoire utilise cette information dans le cadre de son système de gestion de la qualité pour apporter des améliorations aux services qui seront offerts à l'avenir.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Le laboratoire soumet ses échantillons à un processus analytique généralement efficace en collaboration avec le laboratoire du CHUS. Nous encourageons les utilisateurs à se conformer aux recommandations des normes, telle l'obligation de fournir une requête écrite et dûment signée lors d'une demande d'analyse et l'obtention d'un consentement éclairé auprès du receveur lors d'une transfusion sanguine. Les critères d'acceptation et/ou de rejet d'un échantillon auraient avantage à être publicisés à nouveau auprès de tous les utilisateurs des services de laboratoire afin d'assurer en tout temps la qualité de l'analyse demandée. La direction aurait également avantage à développer un processus formel d'interprétation des indicateurs de qualité extraits des résultats généraux d'analyse ou des déclarations d'incident et/ou de non-conformité.

3.3.7 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

3.3	L'organisme encourage chaque membre de l'équipe à perfectionner ses compétences afin d'améliorer l'approche interdisciplinaire et le fonctionnement global de l'équipe.	
4.7	Les dirigeants de l'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.	

Processus prioritaire : Épisode de soins

7.6	L'équipe suit un processus pour aider le personnel à traiter les questions d'éthique.	
-----	---	---

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

Plusieurs sources sont utilisées pour recueillir des données sur la population telle que Statistiques Canada, les déterminants de la santé, les priorités du programme régional de santé publique, le bulletin Vision Santé. La population du territoire est divisée entre quatre grands secteurs pour lesquels des données sont disponibles avec une validité variable. Le dernier portrait global de la population desservie par le CSSS a été fait il y a au moins trois ans et un prochain est prévu pour le début 2014.

Il est souhaité qu'un comité de gouvernance soit mis en place pour adapter les services en fonction des données populationnelles. Il existe quand même des exemples qui démontrent que cela est fait à une certaine échelle comme la mise en place du comité Inclusion pauvreté et la table de dépendance.

Sur le plan du travail d'équipe, les employés ont la possibilité de rencontrer leurs collègues pour discuter des clients. Les dernières formations sur le travail d'équipe et les plans d'interventions interdisciplinaires remontent à plusieurs années selon le DSMPSP.

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel reçoit de la formation en quantité suffisante pour offrir des services de qualité et même pour développer une expertise dans un domaine. Cela permet à certains de devenir des personnes références dans leur domaine. Des ententes avec des spécialistes du CHUS permettent de développer les connaissances du personnel par de la formation.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les demandes de services parviennent au guichet unique et la centrale de rendez-vous ce qui contribue à établir une priorisation des prises en charge de sorte que les situations d'urgence n'attendent pas.

Il s'opère actuellement un virage majeur au niveau CSSS en ce qui a trait à la prévention et de la participation citoyenne et communautaire que l'on peut observer par les réalisations et projets suivants :

- Entreprise en santé auprès d'un employeur de la région et du CSSS lui-même,
- Arrêt tabagique auprès du personnel,
- Activités physiques visant les 32 % de personnes âgées isolées,
- Activités de vaccination dans la communauté pour rejoindre des clientèles vulnérables,
- École en santé,
- 10/12 municipalités amies des aînés,
- Amélioration du logement locatif (analyse et dépôt de projets),
- Amélioration du sommeil en milieu scolaire.

Processus prioritaire : Aide à la décision




Le personnel a accès à plusieurs applications informatiques qui ne possèdent pas d'interface de sorte qu'il peut être laborieux de les consulter et d'y inscrire de l'information. Il est recommandé d'intégrer les systèmes d'information pour diminuer la duplication.

Les lignes directrices proviennent d'initiatives régionales et cela est apprécié. Le personnel a accès aux données sur les meilleures pratiques lorsqu'ils rencontrent des clients avec des conditions rares et complexes.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Il existe des tables sectorielles permettant de recueillir le point de vue des partenaires.

3.3.8 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients

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	
4.7 L'organisme forme le personnel et les prestataires de services sur les façons de prévenir la violence en milieu de travail.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.11 L'équipe suit un processus pour cibler, traiter et consigner toutes les questions liées à l'éthique.	
12.2 L'organisme dispose d'une politique qui définit les rôles du personnel et des prestataires de services dans la surveillance ou la gestion des médicaments, s'il y a lieu.	
<p>12.3 L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client au début des services de concert avec le client et la famille ou le soignant quand la gestion des médicaments fait partie des soins.</p> <p>12.3.1 Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments des clients à chaque visite si des médicaments ont été changés ou abandonnés.</p> <p>12.3.2 L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) au début des services quand la gestion des médicaments fait partie des soins.</p> <p>12.3.3 L'équipe compare en temps opportun le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les médicaments prescrits, dispensés ou administrés durant les services.</p> <p>12.3.4 L'équipe communique le MSTP et les différences devant être résolues au professionnel de la santé approprié et consigne les mesures prises dans le dossier du client.</p> <p>12.3.5 Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
14.3 L'équipe établit, de concert avec le client et la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (cercle de soins, congé), quand la gestion des médicaments fait partie des soins ou quand l'évaluation du clinicien établit que ce bilan est nécessaire.	

14.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand il y a risque d'erreurs liées aux médicaments (cercle de soins, congé).	PRINCIPAL
14.3.2	L'équipe met à jour la liste de médicaments après chaque consultation avec un clinicien ou rendez-vous avec un prestataire de soins du cercle de soins du client.	PRINCIPAL
14.3.3	L'équipe fournit au client une copie de la liste de médicaments à jour, lui transmet de l'information claire sur les changements apportés et lui enseigne à partager la liste quand il rencontre des prestataires de son cercle de soins.	SECONDAIRE
14.3.4	Une fois informé du transfert ou du congé d'un client, l'organisme de soins en milieu communautaire transmet la plus récente liste de médicaments au prochain prestataire de soins.	PRINCIPAL
14.3.5	Le processus est une responsabilité partagée qui inclut le client ou la famille, et un ou plusieurs prestataires de soins de santé, comme le personnel infirmier, le personnel médical et le personnel de la pharmacie, au besoin.	SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe peut démontrer par des exemples que l'approche de rétablissement est au cœur des préoccupations.

La participation à la table de concertation en santé mentale permet de recueillir des données sur la population ainsi que sur les besoins exprimés par les organismes communautaires.

L'équipe effectue une gestion rigoureuse de la liste d'attente en fonction de priorités axées, entre autres sur la sécurité du client. Les délais de prise en charge sont en nette diminution. L'équipe a vérifié ce qui est fait dans d'autres CSSS pour se doter de priorités.

Il peut être difficile d'obtenir de l'information en temps opportun au sujet de la clientèle hospitalisée brièvement au CHUS et référée par la suite en 1re ligne.

Processus prioritaire : Compétences

Le coordonnateur professionnel répartit les demandes aux membres de l'équipe en fonction des compétences spécifiques, de leurs forces, de leurs champs de pratique et en fonction de la charge de travail.

Il existe un réel travail interdisciplinaire dans cette équipe qui tend vers la transdisciplinarité.

Une formation sur la sécurité à domicile est en planification et ils en sont à la composition des groupes.

La gestionnaire détient des preuves que les évaluations de rendement sont effectuées tous les deux ans.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les critères de référence et de priorisation sont clairs et connus des partenaires. Une mise à jour des critères sera réalisée pour les arrimer à la grille de priorisation. Les risques pour la sécurité du client sont pris en compte dans la priorisation des références (risque suicidaire, antécédent, isolement social, etc.).

La première rencontre avec le client se déroule au CSSS. Cela permet de faire une collecte de données et de prévenir des problématiques de sécurité au domicile lors d'une visite éventuelle (ex. : armes, chien agressif, etc.).

L'équilibre collabore avec des organismes tels que l'Éveil, Pro-Def (défense des droits), Jevi (pré et post-vention au niveau du suicide), le Centre de réadaptation en dépendances de l'Estrie (CRDE), etc. Une intervenante du CRDE intervient dans les murs de CSSS. Il est souhaité par Jevi que le partenariat se recentre sur le plan d'action élaboré conjointement en 2011.

La clientèle en crise peut accéder à un service téléphonique régional en dehors des heures de travail de l'équipe locale. L'urgence médicale accueille les personnes en crise psychosociale au besoin et les transfère au CHUS, si indiqué. L'équipe travaille à augmenter la couverture de services localement comme l'existence souhaitée de lits en situation de crise.

100 % des clients contribuent à leur plan d'intervention interdisciplinaire ou PSI.

Processus prioritaire : Aide à la décision



L'équipe dispose du soutien d'un psychiatre répondant en 1re ligne.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats




Une mesure qualitative de la satisfaction de la clientèle peut être obtenue grâce aux commentaires verbaux reçus lors des rencontres de la table de concertation.

3.3.9 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de soins de longue durée.	
2.5 L'organisme ou les chefs d'équipe offrent du soutien à l'équipe pour l'aider à offrir des services de soins de longue durée de qualité.	
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 suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.3 Les nouveaux membres du personnel et prestataires de services reçoivent une orientation sur leurs rôles et leurs responsabilités, les buts et les objectifs de l'équipe, ainsi que sur l'ensemble de l'organisme.	
4.4 L'orientation des nouveaux membres de l'équipe et prestataires de services englobe une formation sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement, des appareils et des fournitures qui servent à la prestation des services de soins de longue durée.	!
4.7 L'organisme offre de la formation à l'équipe sur la prévention de la violence en milieu de travail.	
4.8 L'organisme offre de la formation à l'équipe sur le signalement des incidents violents en milieu de travail.	
4.10 Les besoins de formation et de perfectionnement de chaque membre de l'équipe sont évalués et satisfaits.	
4.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
3.4 L'équipe élabore des procédures et des processus normalisés pour améliorer le travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches.	
7.1 L'équipe réalise une évaluation de chaque résident en temps opportun.	!
7.2 L'équipe évalue les besoins du résident qui sont d'ordre physique et psychologique.	

<p>7.4 L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du résident à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du résident, de la famille ou du soignant.</p>	
<p>7.4.1 Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le résident au moment de l'admission.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>7.4.2 L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour le résident à l'admission.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>7.4.3 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).</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>7.4.4 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.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>7.4.5 Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le résident et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.</p>	<p>SECONDAIRE</p>
<p>7.7 L'équipe a recours à des mesures cliniques normalisées pour évaluer la douleur du résident.</p>	
<p>7.8 Les résultats de l'évaluation sont présentés en temps opportun aux résidents, aux familles et aux prestataires de services et ils doivent être clairs et faciles à comprendre.</p>	
<p>8.2 L'équipe, le résident et la famille élaborent un plan de soins complet et intégré (ou un plan d'intervention individualisé et interdisciplinaire-PII) pour le résident.</p>	
<p>8.3 Le plan de soins (ou le PII) du résident comprend des stratégies pour soulager ou gérer la douleur et les autres symptômes.</p>	
<p>8.4 L'équipe évalue le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p>	
<p>8.4.1 L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>Les équipes des services de soins de longue durée qui n'utilisent pas d'outil d'évaluation des risques validé et normalisé à l'heure actuelle devront le faire au plus tard en janvier 2013.</p>	
<p>8.4.2 L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque résident à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du résident.</p>	<p>PRINCIPAL</p>

8.4.3	L'équipe met en oeuvre des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.	PRINCIPAL
8.4.4	L'équipe appuie la formation des prestataires de soins de santé, des résidents et des familles ou des aidants sur les facteurs de risque et les stratégies pour la prévention des plaies de pression.	SECONDAIRE
8.4.5	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
8.6	L'équipe se fie au plan de soins (ou le PII) du résident pour offrir ses services.	
8.10	L'équipe vérifie si les buts des services offerts aux résidents et les résultats attendus sont atteints, et elle utilise ces renseignements pour déceler et supprimer les obstacles qui empêchent l'atteinte de ces buts.	
10.4	L'équipe obtient le consentement éclairé du résident avant d'entreprendre les services.	!
10.9	L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!
12.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du résident de concert avec le résident, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	POR
12.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le résident aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	PRINCIPAL
12.3.2	L'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison de la liste de médicaments complète et mise à jour et des nouvelles ordonnances de médicaments ou des changements récents.	PRINCIPAL
12.3.3	L'équipe consigne le fait que le bilan de la liste de médicaments complète et mise à jour et des nouvelles ordonnances de médicaments ou des changements récents a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	PRINCIPAL
12.3.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le résident ou la famille, et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins et le personnel des pharmacies, selon le cas.	SECONDAIRE

12.4	L'équipe transmet efficacement les renseignements d'un prestataire de services à l'autre aux points de transition.	
12.4.1	L'équipe a établi des mécanismes pour veiller à ce que l'information soit transmise adéquatement et en temps opportun aux points de transition.	PRINCIPAL
12.4.2	L'équipe a recours aux mécanismes établis pour transmettre l'information.	PRINCIPAL
13.1	L'équipe suit des procédures pour offrir des soins de fin de vie qui respectent les dernières volontés des résidents.	
13.2	L'équipe apporte un soutien à la famille, aux amis, aux membres du personnel et aux autres résidents lors du décès d'un résident et suivant celui-ci, selon les ressources et les capacités de l'organisme.	
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		
17.2	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 résidents.	
17.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
17.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
17.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
17.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
17.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
17.5	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

Une analyse est en cours pour s'assurer que les soins et services et les installations physiques répondent aux différents sous-groupes de clientèle (personnes avec errance intrusive, agressivité, clientèle régulière, etc.).

La coordonnatrice, en fonction depuis avril 2013, nous a communiqué sa liste d'objectifs prioritaires qui sont fort pertinents et qui démontrent une vision clientèle et d'attraction-rétention du personnel. Elle témoigne que le personnel contribue à lui donner des idées à ce sujet.

L'organisme prévoit se prémunir d'un cadre de référence sur l'action bénévole pour l'établissement. L'équipe prévoit implanter la fonction d'infirmière pivot.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe prévoit optimiser et harmoniser le processus d'accueil et d'orientation des préposés aux bénéficiaires.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La résidente rencontrée mentionne que ses demandes sont considérées et que l'on répond à ses questions. Elle témoigne qu'elle obtient toujours réponse à ses questions en temps opportun.

Il existe un projet visant à identifier un intervenant pivot pour chaque résident en hébergement.

L'équipe prévoit repenser et optimiser le service alimentaire.

L'équipe prévoit développer 12 places alternatives en ressources non institutionnelles.


Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisation prévoit réviser le mécanisme d'accès à l'hébergement pour le territoire.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La formation sur le code blanc a été offerte et celle sur le PDSB est prévue sous peu. L'équipe prévoit se doter d'un plan d'action pour la prévention et la gestion des chutes.

3.3.10 Ensemble de normes : Services des urgences

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Cheminement des clients	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Direction clinique	
5.4 Les membres de l'équipe ont la possibilité d'exprimer leur opinion en ce qui concerne l'organisation des tâches, incluant la définition des rôles et des responsabilités, ainsi que l'attribution de cas, s'il y a lieu.	
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.	
4.5 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion. 4.5.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
4.7 L'équipe reçoit une formation particulière sur la prestation de services de santé d'urgence aux clients en pédiatrie.	
4.8 L'organisme offre de la formation à l'équipe sur la prévention de la violence en milieu de travail.	
4.9 L'organisme offre de la formation à l'équipe sur le signalement des incidents violents en milieu de travail.	
4.10 L'équipe évalue et satisfait les besoins de chaque membre en matière de formation et de perfectionnement.	
5.2 L'équipe évalue la charge de travail et réaffecte des membres de l'équipe lorsque cela est nécessaire pendant les périodes de volume élevé et les périodes de pointe dans le service des urgences.	
5.6 L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.3 L'équipe effectue un triage de chaque client dans les délais établis conformément à l'ÉTG.	
7.4 L'équipe effectue un triage pour chaque client en pédiatrie dans les délais établis conformément à l'ÉTG pour l'urgence pédiatrique.	

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.	
8.1	Après l'étape du triage, l'équipe réalise une évaluation de chaque client en temps opportun.	
10.10	L'équipe respecte les rôles et responsabilités assignés durant la réanimation des clients.	!
11.3	L'équipe suit des processus et des procédures normalisés pour coordonner un transfert vers un autre organisme ou d'autres unités de soins à l'intérieur de l'organisme en temps opportun.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
8.7	L'équipe utilise des protocoles fondés sur des données probantes pour choisir les services d'imagerie diagnostique utilisés pour les clients en pédiatrie.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
5.3	L'équipe dispose d'un processus qui permet de déceler et de réduire les risques chez ses membres lors de la prestation des services d'urgence.	!
14.5	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
15.3	Le personnel et les prestataires de services participent régulièrement à des séances d'information sur la sécurité où il est question des problèmes de sécurité potentiels, de la réduction des risques d'erreurs et de l'amélioration de la qualité des services.	!
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.	!
16.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	
Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus		
9.1	L'équipe travaille avec l'unité des soins intensifs, le centre de prélèvement des organes ou l'équipe de prélèvement des tissus pour établir l'échéancier relatif au transfert, en temps opportun, du donneur potentiel d'organes et de tissus qui se retrouve au service des urgences.	
9.2	L'organisme a établi des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement pour identifier les donneurs d'organes et de tissus potentiels.	

9.3	L'équipe reçoit de la formation et de l'éducation sur la définition de mort imminente, sur l'utilisation des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement, sur les personnes à joindre en cas de possibilités de don d'organes et de tissus, sur la façon de s'adresser aux familles relativement au don d'organes et sur les autres questions relatives aux dons.	
9.8	L'équipe informe sans délai le service d'approvisionnement en organes (SAO) quand le décès de donneurs potentiels est imminent ou établi.	
9.9	L'équipe vérifie le registre des donneurs provincial, le cas échéant, pour déterminer si le nom du patient s'y trouve.	
9.10	Avant de s'adresser à la famille, l'équipe et le coordonnateur des dons discutent de la façon d'aborder la question du don d'organes et de tissus avec la famille.	
9.11	Lorsqu'elle s'adresse à la famille relativement au don d'organes, l'équipe utilise une approche de type découplage.	
9.12	Le membre de l'équipe le plus qualifié suit un processus écrit pour s'adresser aux familles au sujet du don d'organes et de tissus.	
9.13	Au moment de s'adresser à la famille, l'équipe est sensible à la situation et respecte la culture, les croyances et les décisions relatives au don d'organes du client et de la famille.	
9.14	L'équipe consigne tous les aspects du processus de don, y compris la décision de la famille au sujet du don d'organes et de tissus au dossier du client.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe d'urgence est dynamique, les médecins et autres professionnels de la santé sont intéressés à participer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Une structure décisionnelle constituée des gens de terrain, soient un chef médical et un chef en soins infirmiers, l'établissement de communication entre les professionnels de l'équipe est souhaitable à court terme. La mise en oeuvre de lignes de conduite médicale et d'ordonnances collectives et individuelles aideront à accélérer et standardiser le processus de soin.

Processus prioritaire : Compétences

La formation du personnel semble devenir une plus grande priorité, au plaisir de tous. La priorisation de la réanimation semble faire l'unanimité chez le personnel infirmier et les médecins. Le choix d'une infirmière chef pratiquant à temps plein à l'urgence et de ce fait très sensible aux besoins des précis du personnel infirmier de l'urgence, et l'élection d'un médecin chef de l'urgence permettraient un meilleur partage des connaissances et des priorités, et le développement d'un travail d'équipe encore plus performant.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'urgence est ouverte 24h sur 24. Les examens diagnostic de radiographie et de laboratoire sont disponibles 24h sur 24. La communication et l'échange d'information pertinente sur le patient sont faites tant avec les SMU qui transportent le patient vers le centre, que vers les autres services ou centres où les patients sont transférés.

Les infirmières connaissent bien et utilisent les échelles de triage adulte et pédiatrique. L'évaluation de la douleur a été ajoutée à l'échelle de triage afin d'assurer autant une sensibilisation à l'importance de quantifier la douleur, qu'une systématisation de cette évaluation dans le but de soulager la douleur le plus efficacement possible. Un processus d'autoévaluation a été entrepris, il reste à en faire part en sus du personnel, aux patients et leurs proches.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe utilise certains protocoles fondés sur des données probantes, développés localement et en échange avec des partenaires. Un dossier client est tenu à jour. Le dossier est accessible en temps opportun lorsque le client se présente à l'urgence. Le dossier est rangé de façon appropriée pour assurer une confidentialité, et seules les personnes autorisées y ont accès. L'organisme a revu et mis à jour un certain nombre de protocoles, ordonnances et lignes de conduite, ceux-ci sont utilisés par le personnel pour rendre plus efficient le cheminement du patient pendant son séjour à l'urgence.

La confidentialité des locaux semble un problème depuis le déménagement dans la nouvelle urgence. Les chambres d'observation sont très près du poste central, qui n'est pas vitré et le niveau voix lors de conversation entre membres du personnel doit être très bas, sinon patients et visiteurs entendent clairement ce qui est dit. Bien que lors de nos visites à la salle d'urgence, le niveau de bruit ait été remarquablement bas, nous croyons prudent de suggérer à l'organisme de mettre rapidement en place des mesures d'insonorisation efficaces, parois de verre/plastique, autours du poste, ou autres. Le niveau sonore d'une salle d'urgence change de minutes en minutes, et peut à tout moment s'élever de façon considérable pour des raisons incontrôlables.

Le personnel est au fait des technologies de pointe, et consulte de façon naturelle et spontanée l'ordinateur tant pour protocoles et procédures qu'informations sur la médication. Le nombre et la disposition des terminaux en place semblent convenir aux besoins des membres de l'équipe.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe utilise l'information pour déterminer ses réussites et points à améliorer, mais le processus d'amélioration est très lent. L'utilisation de deux identificateurs est pratiquement acquise. Des améliorations simples et efficaces ont été apportées pour assurer la pose du bracelet dès l'arrivée du patient.

La formation sur la violence en milieu de travail tant par des patients violents est en cour, mais doit continuer. Le processus de déclaration, et de divulgation des événements indésirables et autre accidents-incidents semble bien acquis. Les incidents et accidents sont déclarés, des statistiques sont cumulées et un suivi ponctuel est effectué. Le développement d'une procédure de suivi rigoureuse, avec généralisation des recommandations en sus de celles faites ponctuellement au prestataire, ou à l'équipe de prestataires de soins concernés.


Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Une politique relative au don d'organes et de tissus est actuellement en processus d'adoption. La procédure de don de tissus ne nécessitera pas d'évaluation de décès neurologique. La sensibilisation tant auprès du personnel que des médecins reste à faire.

3.3.11 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
13.2 L'équipe utilise un registre d'équipement pour consigner l'entretien et les temps d'arrêt, et pour détecter les problèmes.	!
13.3 L'équipe conserve les registres d'entretien préventif pendant au moins deux ans.	!
13.6 Les membres de l'équipe respectent les politiques et les procédures de l'organisme et les directives du fabricant pour emballer les articles contaminés et les acheminer à l'unité de retraitement.	
13.13 L'équipe effectue un entretien préventif et planifié des pièces de l'équipement de retraitement, dont les stérilisateurs de table, et elle consigne l'entretien et les réparations dans ses dossiers.	
Processus prioritaire : Compétences	

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



Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.3 L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant au début des services quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif devrait être effectué périodiquement selon ce qui est approprié pour le client ou la population qui reçoit les services.		
8.3.1 L'équipe fournit les justifications documentées qui expliquent de clients ou de populations cibles pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments sera établi.		PRINCIPAL
8.3.2 Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au début des services et périodiquement selon ce qui est approprié pour les clients ou les populations qui reçoivent des services.		PRINCIPAL
8.3.3 L'équipe produit ou met à jour une liste complète des médicaments que le client prenait avant le début des services (meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)).		PRINCIPAL
8.3.4 L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits).		PRINCIPAL
8.3.5 L'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., le médecin de famille) une copie du MSTP et de l'information claire sur les changements.		SECONDAIRE

8.3.6	Une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client.	PRINCIPAL
8.3.7	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	SECONDAIRE
9.8	L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!
11.6	L'équipe respecte les politiques établies par l'organisme pour conserver et éliminer les médicaments de façon sûre et sécuritaire.	!
12.2	L'équipe établit, de concert avec le client, la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif des médicaments doit être refait périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.	POR
12.2.1	L'équipe fournit les justifications documentées qui expliquent la sélection des clients ou des populations cibles exigeant un bilan comparatif des médicaments. Elle détermine aussi les points de la prestation des services qui présentent un risque et qui requièrent l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments.	PRINCIPAL
12.2.2	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand il y a risque d'erreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et pour le refaire périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.	PRINCIPAL
12.2.3	L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits).	PRINCIPAL
12.2.4	Au moment du transfert ou du congé, l'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., médecin de famille, prochain prestataire de soins) une copie de la liste de médicaments à jour et de l'information claire sur les changements apportés.	PRINCIPAL
12.2.5	Le processus est une responsabilité partagée qui inclut le client ou la famille, et un ou plusieurs prestataires de soins de santé, comme le personnel infirmier, le personnel médical et le personnel de la pharmacie, au besoin.	SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

17.2	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.	
17.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
17.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
17.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
17.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
17.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
17.3	Le personnel et les prestataires de services participent régulièrement à des séances d'information sur la sécurité où il est question des problèmes de sécurité potentiels, de la réduction des risques d'erreurs et de l'amélioration de la qualité des services.	
18.4	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.	
18.5	L'équipe 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 a le souci d'adapter les services aux besoins de la clientèle. Des travaux de révision des orientations régionales relatives aux services de santé courants permettent une meilleure complémentarité. Les buts et objectifs des services de santé courants et de réadaptation sont revus annuellement. Les locaux sont bien adaptés aux services et sécuritaires. Des stagiaires sont accueillis régulièrement. Il n'y a pas de registre d'entretien préventif des équipements.

Processus prioritaire : Compétences

Le fonctionnement des équipes est satisfaisant pour les personnes rencontrées. L'intégration des nouveaux membres se fait bien. La formation est disponible selon les besoins. L'évaluation de l'efficacité du personnel est faite régulièrement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les heures d'ouverture du service de santé courant sont révisées afin d'offrir une meilleure accessibilité. L'aménagement a été revue afin de permettre une plus grande intimité et d'être en mesure de respecter la confidentialité. Un suivi des listes d'attente est effectué et des alternatives sont envisagées lorsque le temps ne respecte pas les critères défini. La gestion des rendez-vous est faite afin de favoriser une meilleure

utilisation possible des ressources. L'indication clinique permet de faire la priorisation des demandes de réadaptation. La téléassistance est possible pour des soins de plaie complexe.


Processus prioritaire : Aide à la décision



Un projet de télésoins est en développement. Un document "Une verrue! Je m'en occupe personnellement " a été développé par une infirmière du service et sert comme document pour soutenir l'enseignement à la clientèle.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe mesure ses résultats à l'aide d'indicateur reconnu et se compare à d'autres établissements. Les résultats des sondages n'ont pas été diffusés et il n'y a pas eu de suivi de réalisé. Une stratégie de prévention des chutes n'a pas été implantée.

3.3.12 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		
4.8	Les membres du personnel sont formés en vue de prévenir et de gérer de façon sécuritaire les comportements violents ou agressifs des clients.	!
4.10	L'organisme évalue et documente régulièrement le rendement de chaque membre du personnel de façon objective, interactive et positive.	
5.4	L'organisme dispose d'une procédure équitable et objective pour reconnaître la contribution de ses membres.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
6.7	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client au début des services de concert avec le client et la famille ou le soignant quand la gestion des médicaments fait partie des soins.	
6.7.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments des clients à chaque visite si des médicaments ont été changés ou abandonnés.	PRINCIPAL
6.7.2	L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) au début des services quand la gestion des médicaments fait partie des soins.	PRINCIPAL
6.7.3	L'équipe compare en temps opportun le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les médicaments prescrits, dispensés ou administrés durant les services.	PRINCIPAL
6.7.4	L'équipe communique le MSTP et les différences devant être résolues au professionnel de la santé approprié et consigne les mesures prises dans le dossier du client.	PRINCIPAL
6.7.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	SECONDAIRE
6.9	L'organisme a recours à des mesures cliniques normalisées pour évaluer la douleur du client.	
7.8	L'organisme suit un processus pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!
10.1	L'organisme dispose d'une politique et de procédures qui soulignent son rôle en ce qui concerne les médicaments du client.	!

10.7	Les membres du personnel respectent les politiques établies par l'organisme pour conserver et éliminer les médicaments de façon sûre et sécuritaire.	
11.2	L'équipe établit, de concert avec le client et la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (cercle de soins, congé), quand la gestion des médicaments fait partie des soins ou quand l'évaluation du clinicien établit que ce bilan est nécessaire.	
11.2.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand il y a risque d'erreurs liées aux médicaments (cercle de soins, congé).	PRINCIPAL
11.2.2	L'équipe met à jour la liste de médicaments après chaque consultation avec un clinicien ou rendez-vous avec un prestataire de soins du cercle de soins du client.	PRINCIPAL
11.2.3	L'équipe fournit au client une copie de la liste de médicaments à jour, lui transmet de l'information claire sur les changements apportés et lui enseigne à partager la liste quand il rencontre des prestataires de son cercle de soins.	SECONDAIRE
11.2.4	Une fois informé du transfert ou du congé d'un client, l'organisme de soins en milieu communautaire transmet la plus récente liste de médicaments au prochain prestataire de soins.	PRINCIPAL
11.2.5	Le processus est une responsabilité partagée qui inclut le client ou la famille, et un ou plusieurs prestataires de soins de santé, comme le personnel infirmier, le personnel médical et le personnel de la pharmacie, au besoin.	SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

3.7	L'organisme suit un processus structuré pour évaluer le fonctionnement de l'équipe une fois par année, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
15.1	L'organisme définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs à ses services.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme fait connaître les services d'organismes communautaires partenaires et met des locaux à la disposition de certains en ses murs.

Une formation a été offerte aux travailleurs sociaux qui agissent comme gestionnaire de cas au sujet du plan de services et de l'OEMC (outil d'évaluation multi-clientèle).

L'équipe souhaite créer et implanter des équipes interdisciplinaires par zone territoriale.

Le personnel a mentionné que les évaluations de rendement au travail n'étaient pas en place de façon structurée.

Processus prioritaire : Compétences

Les auxiliaires de la santé et des services sociaux reçoivent la formation nécessaire au sujet de l'utilisation sécuritaire des équipements.

L'équipe dispose de moments prévus pour communiquer en eux.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe bénéficie de la téléassistance du CHUS pour être assistée dans les soins des plaies.

L'équipe prévoit mettre en place les initiatives suivantes :

Implanter un cadre de référence en oncologie et soins palliatifs,

Définir l'offre de services PALV en complémentarité avec les partenaires du réseau local de services (RLS),

Implanter le PSI,

Soutenir le développement de services communautaires pour les proches aidants,

Optimiser les services de soutien à domicile.

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 : 15 avril 2013 au 3 juin 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.	20	7	73	92
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	13	87	94
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	13	87	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.	21	0	79	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.	13	13	73	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	27	73	94
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	13	33	53	92
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	13	27	60	87
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	13	87	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.	20	20	60	93
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	21	0	79	86
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	13	87	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.	14	36	50	72
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	27	20	53	64
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	29	36	36	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.	21	21	57	76
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	43	36	21	52
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	15	15	69	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.	0	7	93	82
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	43	14	43	65
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	0	100	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.	29	14	57	80
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	8	92	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.	0	21	79	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.	15	8	77	90
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	84
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	17	8	75	79
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	0	100	87
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	91
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	7	93	94
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	0	21	79	87
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	92

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de 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

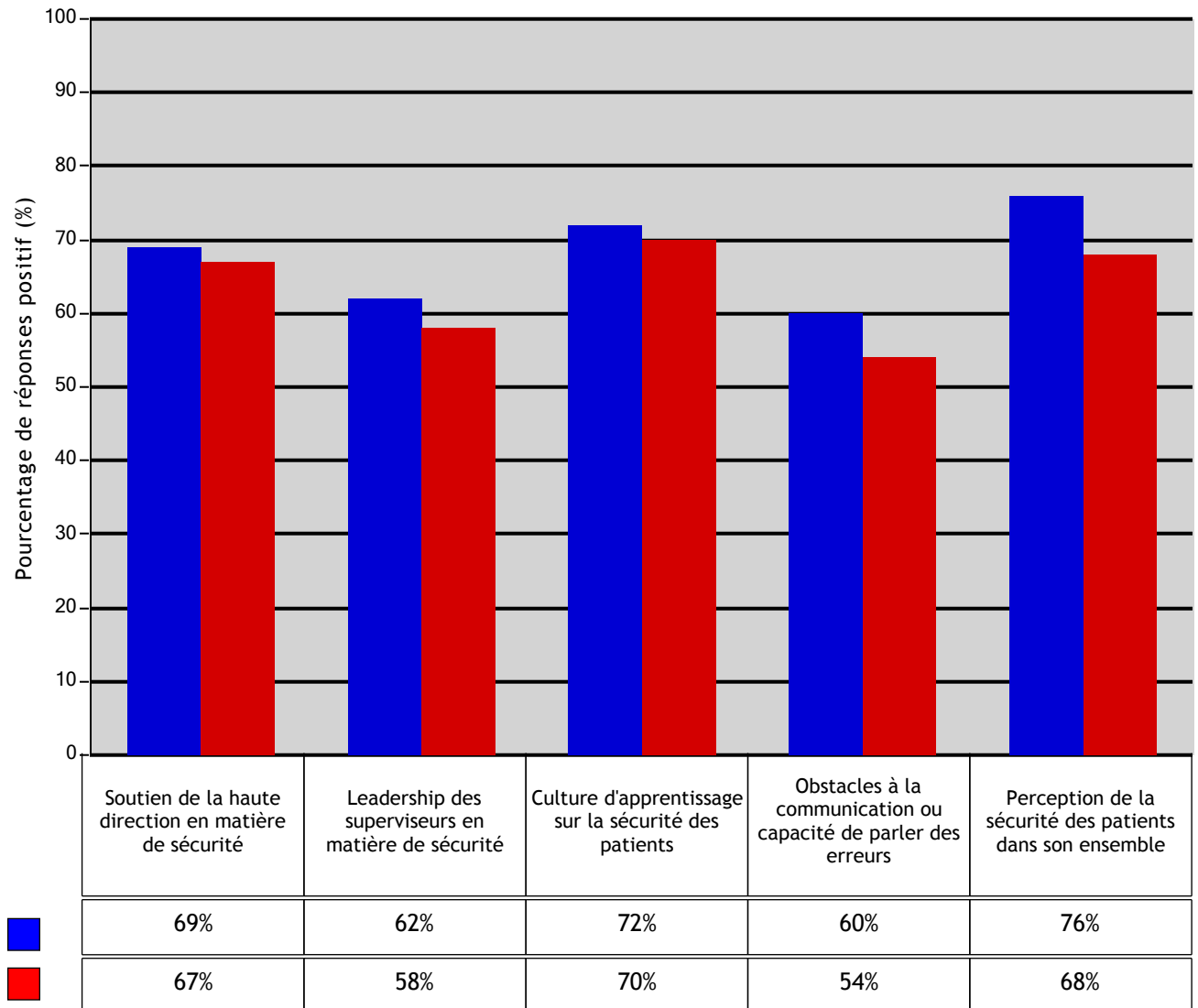
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 15 avril 2013 au 17 juin 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 115
- Nombre de réponses : 115

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



Légende

- Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook
- * Moyenne canadienne

*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.

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

Évaluer l'expérience de l'utilisateur de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'utilisateur, 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'utilisateur 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'utilisateur	
L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur 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'utilisateur.	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 efficacité 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 centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook et celui observé dans d'autres établissements de taille similaire

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 138			Autres établissements du Québec n = 1586		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	83,00	81,00	85,00	80,00	75,00	85,00
JAUNE	Implication	78,00	75,00	80,00	77,00	72,00	82,00
JAUNE	Collaboration	82,00	79,00	84,00	79,00	75,00	83,00
JAUNE	Soutien	75,00	73,00	78,00	74,00	69,00	79,00
JAUNE	Communication	70,00	67,00	73,00	71,00	66,00	76,00
JAUNE	Leadership	76,00	73,00	79,00	75,00	70,00	80,00

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'utilisateur 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, fournit 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 et aux attentes de la clientèle hébergée du CSSS de la MRC-de-Coaticook 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	89,00	86,00	92,00	86,00	84,00	89,00
JAUNE	Prestation professionnelle	85,00	81,00	89,00	83,00	81,00	84,00
VERT	Organisation des services	87,00	84,00	90,00	83,00	81,00	84,00

Clientèle CH et CLSC :

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS de la MRC-de-Coaticook à celui observé dans des établissements comparables

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 414			Autres établissements du Québec n = 1373		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	91,00	90,00	92,00	91,00	79,00	95,00
JAUNE	Prestation professionnelle	88,00	86,00	89,00	89,00	80,00	92,00
JAUNE	Organisation des services	85,00	84,00	87,00	86,00	77,00	90,00

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.
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 prestataire 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.

Processus prioritaire	Description
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.
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 prestataires 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.