

**Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément**

Rapport d'agrément

**Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire
de gériatrie de Sherbrooke**

Sherbrooke, QC

Dates de la visite d'agrément : 9 au 13 novembre 2014

Date de production du rapport : 8 janvier 2015



**AGRÉMENT CANADA
ACCREDITATION CANADA**

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

Agréé par l'ISQua



**CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÉMENT**

**ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS
POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ**
Normes agréées par International Society for Quality in Health Care (ISQua)

Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (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 novembre 2014. 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 continue 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



Paul St-Onge
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	13
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	14
3.0 Résultats détaillés de la visite	15
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	16
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	16
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	18
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	20
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	21
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	23
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	24
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	25
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	27
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	28
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	30
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	31
3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	32
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Populations d'enfants et de jeunes</i>	32
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	34
3.3.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	35
3.3.2 <i>Ensemble de normes : Les services de soins primaires</i>	36
3.3.3 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	38
3.3.4 <i>Ensemble de normes : Services d'aide à l'enfance</i>	40
3.3.5 <i>Ensemble de normes : Services de gestion des cas</i>	42
3.3.6 <i>Ensemble de normes : Services de médecine</i>	45
3.3.7 <i>Ensemble de normes : Services de réadaptation</i>	47
3.3.8 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire</i>	51

3.3.9 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	53
3.3.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	58
3.3.11 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	61
3.3.12 Ensemble de normes : Soins et services à domicile	64
4.0 Résultats des outils d'évaluation	68
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	68
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	72
4.3 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	74
4.4 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)	76
Annexe A Processus prioritaires	78

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 - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (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 usagers et à sa communauté.

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention

L'organisme dépasse les exigences de base du programme d'agrément.

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 9 au 13 novembre 2014**

- **Emplacements**

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

- 1 Centre d'hébergement St-Joseph
- 2 Centre d'hébergement St-Vincent
- 3 Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke - King Est
- 4 Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke - Ouest
- 5 Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke - Camirand
- * Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke - Camirand
- + Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke - Murray
- , Hôpital et centre d'hébergement Argyll
- Hôpital et centre d'hébergement D'Youville
- 1\$ Maison de naissance de l'Estrie

- **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
- 3 Prévention des infections

Normes portant sur des populations spécifiques

- 4 Populations d'enfants et de jeunes

Normes sur l'excellence des services

- 5 Services de gestion des cas
- 6 Les services de soins primaires
- 7 Soins et services à domicile

- 8 Soins ambulatoires
- 9 Services de santé communautaire
- 10 Services de soins de longue durée
- 11 Services de médecine
- 12 Services de réadaptation
- 13 Services d'aide à l'enfance
- 14 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 15 Gestion des médicaments









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance
- 2 Culture de sécurité des patients
- 3 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)
- 4 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (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.)	94	2	0	96
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	92	3	0	95
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	283	15	25	323
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	146	2	1	149
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	194	5	0	199
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	75	0	0	75
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	528	20	8	556
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	53	0	1	54
Total	1465	47	35	1547

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 le leadership	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	82 (96,5%)	3 (3,5%)	0	128 (97,7%)	3 (2,3%)	0
Normes sur la gouvernance	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	33 (100,0%)	0 (0,0%)	1	77 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Prévention des infections	48 (98,0%)	1 (2,0%)	4	42 (97,7%)	1 (2,3%)	1	90 (97,8%)	2 (2,2%)	5
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
Gestion des médicaments	61 (100,0%)	0 (0,0%)	17	62 (100,0%)	0 (0,0%)	2	123 (100,0%)	0 (0,0%)	19
Les services de soins primaires	31 (93,9%)	2 (6,1%)	1	63 (95,5%)	3 (4,5%)	0	94 (94,9%)	5 (5,1%)	1
Services d'aide à l'enfance	34 (89,5%)	4 (10,5%)	1	72 (98,6%)	1 (1,4%)	0	106 (95,5%)	5 (4,5%)	1
Services de gestion des cas	24 (96,0%)	1 (4,0%)	0	73 (98,6%)	1 (1,4%)	0	97 (98,0%)	2 (2,0%)	0
Services de médecine	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	69 (100,0%)	0 (0,0%)	0	96 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de réadaptation	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	63 (92,6%)	5 (7,4%)	0	90 (94,7%)	5 (5,3%)	0

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 santé communautaire	12 (100,0%)	0 (0,0%)	1	54 (98,2%)	1 (1,8%)	0	66 (98,5%)	1 (1,5%)	1
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	101 (90,2%)	11 (9,8%)	0	119 (91,5%)	11 (8,5%)	0
Services de soins de longue durée	24 (100,0%)	0 (0,0%)	0	71 (98,6%)	1 (1,4%)	0	95 (99,0%)	1 (1,0%)	0
Soins ambulatoires	32 (97,0%)	1 (3,0%)	5	70 (95,9%)	3 (4,1%)	2	102 (96,2%)	4 (3,8%)	7
Soins et services à domicile	41 (100,0%)	0 (0,0%)	0	50 (96,2%)	2 (3,8%)	0	91 (97,8%)	2 (2,2%)	0
Total	473 (98,1%)	9 (1,9%)	29	934 (96,7%)	32 (3,3%)	6	1407 (97,2%)	41 (2,8%)	35

* 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)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de gestion des cas)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de réadaptation)	Conforme	5 sur 5	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			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	1 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins et services à domicile)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de réadaptation)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (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
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de gestion des cas)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de réadaptation)	Conforme	2 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 gestion des cas)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de réadaptation)	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)	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)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de réadaptation)	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 (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Non Conforme	5 sur 5	0 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Services de gestion des cas)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
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 médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services d'aide à l'enfance)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le conseil d'administration est dynamique et orienté sur les résultats pour la clientèle qu'il doit desservir. Il utilise des principes de saine gouvernance et donne des orientations stratégiques spécifiques à son directeur général. Un cadre conceptuel en éthique chapeaute l'ensemble des activités éthiques au Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Tant au niveau du comité d'éthique de la recherche que du comité d'éthique clinique, nous observons des développements proactifs et innovants.

Depuis la visite d'agrément précédente, le CSSS-IUGS a réalisé un bilan de son plan stratégique et en possède un nouveau actualisé avec l'ensemble de ses partenaires. Un nouveau plan d'organisation s'actualise. Toutes les instances participatives expriment leurs satisfactions sur les orientations du CSSS. Les deux missions universitaires ont réussi à développer un seul comité d'éthique à la recherche. Les deux directeurs scientifiques participent maintenant au comité de direction du CSSS-IUGS. Chaque direction clinique travaille en étroite collaboration et de façon intégrée avec les partenaires de la communauté. Le CSSS-IUGS deviendra un phare sur la continuité des services entre la première ligne et la deuxième ligne. L'inclusion des activités scientifiques avec les activités cliniques favorise le transfert des meilleures pratiques en continuité auprès de la clientèle.

Le CSSS-IUGS est remarquablement engagé avec ses partenaires de la région. Les tables de travail encouragent la synergie des directions d'établissements en lien avec les collègues des autres institutions. Cette interaction se traduit par des comités mixtes de direction entre le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et le CSSS-IUGS. La réciprocité entre le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) où siège le directeur général du CSSS-IUGS et la présence du doyen sur le conseil d'administration du CSSS-IUGS démontre les liens entre les institutions.

Au niveau des services techniques, le CSSS-IUGS est très impliqué au niveau de la coordination des plans de mesures d'urgence régionale et a su soutenir ses partenaires lors d'épreuves particulières telles que l'explosion à Lac-Mégantic et l'incendie chez la compagnie Neptune.

Au niveau clinique, la prévention des infections est excellente et les résultats sont probants. Par ailleurs, avec la technologie, l'introduction d'un système de cloches silencieux permet une qualité de vie pour les résidents et les travailleurs. De plus, la collaboration interprofessionnelle est un modèle à suivre.

Le CSSS-IUGS a obtenu sa certification d'Entreprise en santé en 2013. Ils sont fiers des activités et de la programmation offerte aux employés.

L'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques sont intégrés et suivis au niveau de l'ensemble des directions.

On encourage l'organisation à développer les stratégies nécessaires pour inclure l'utilisateur et/ou un membre de sa famille à participer à son plan d'intervention.

Nous pouvons conclure que le CSSS-IUGS offre des services de grande qualité et est tourné vers sa communauté en actualisant sa responsabilité populationnelle. Ses forces vives incluent ses intervenants, sa communauté scientifique et ses interactions avec ses partenaires. Il est donc prêt à relever le défi de s'intégrer à un ensemble plus grand tel que le prévoit le projet de loi 10.

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>Deux identificateurs de client L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Services de réadaptation 9.8
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété. *Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 12.4 Soins et services à domicile 6.8 Services de gestion des cas 7.7 Soins ambulatoires 8.4
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Normes sur le leadership 2.10

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, justifient 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.

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

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

Les membres du conseil d'administration (CA) sont dynamiques et représentent un équilibre entre les différents profils d'expertise et de compétences requis pour remplir leur mandat. Le CA supervise la réalisation du plan stratégique et reçoit l'information pour l'avancement des travaux.

Les membres sont expérimentés et procèdent à une auto-évaluation régulièrement. Depuis la visite d'agrément précédente, ils ont adopté un code de déontologie avec déclaration de conflit d'intérêts. Un cadre conceptuel en éthique fut adopté. Une politique de reconnaissance a émergé. Des prix inspirations sont remis à certains membres du personnel à la suite d'un concours avec soumission de candidatures.

L'évaluation du directeur général a lieu annuellement et le CA précise un objectif spécifique pour l'atteinte de résultats par son leadership.

Le CA a un souci et une attente de mesures de résultats pour la prévention et promotion de la santé par les saines habitudes de vie. Des attentes précises sont émises pour faire avancer ces activités au niveau de la région avec les partenaires.

Le CA étudie un excellent tableau de bord qui regroupe les mesures les plus pertinentes pour surveiller les enjeux du CSSS-IUGS tels que qualité, sécurité, risques et cheminements des patients, etc.

Les membres sont fiers d'être une Entreprise en santé certifiée pour une seconde fois. Les enjeux de ressources humaines sont comblés par l'entourage immédiat consistant en deux Cégeps et deux Universités.

Le CSSS-IUGS a démontré un leadership en offrant son soutien lors des événements du Lac-Mégantic, de l'entreprise Neptune ou de l'inondation de l'Université Bishop. Les partenariats sont forts pour l'ensemble de la région. Par exemple, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a présenté son mémoire à la commission parlementaire sur le projet de loi 10 avec la collaboration du CSSS-IUGS. Les partenaires apprécient travailler avec direction générale du CSSS-IUGS, car le travail est axé sur des résultats pour la clientèle. Les valeurs véhiculées par la direction générale se reflètent lors des échanges et favorisent l'avancée des objectifs communs.

Le plan de communication structuré a permis de réaliser un plan stratégique pour lequel le CA supervisait l'ensemble des activités pour la réalisation des différentes étapes.

Un membre du CA est aussi membre du comité des usagers depuis les douze dernières années. Le comité des usagers est actif dans la promotion et l'accompagnement des résidents. Une étude sur la participation citoyenne a permis de trouver des pistes d'améliorations pour faciliter l'implication au niveau du comité des usagers.

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.

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

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

Pour actualiser son plan stratégique, un bilan des activités de la précédente est documenté. Des rencontres avec les différents groupes cibles ont fourni une rétroaction pour le nouveau plan stratégique 2012-2015.

Les données de l'Observatoire estrien du développement des communautés permettent de dresser un portrait de la population pour le CSSS-IUGS. La mission et les valeurs furent révisées avec les partenaires et les gestionnaires. Quatre valeurs furent identifiées et guident maintenant les prises de décisions. Le nouveau plan stratégique identifie trois enjeux stratégiques qui sont définis par un enjeu sur l'accès et la qualité, un deuxième enjeu sur l'intégration transversale de la mission universitaire et un troisième enjeu sur le développement des compétences des membres de la communauté.

De ce plan, émerge aussi un nouveau plan d'organisation qui formalise la capacité de l'organisation à atteindre ses objectifs. La cogestion médico-administrative est maintenant implantée. Le comité de direction suit les indicateurs sur l'avancement des travaux et des plans opérationnels permettent l'actualisation de ce plan stratégique. L'actualisation du plan stratégique est en cours et les deux directeurs scientifiques participent maintenant au comité de direction. Un chercheur est associé à chacune des directions cliniques afin de favoriser les collaborations.

Les partenaires sont entendus lors de la consultation participative et le plan stratégique est modifié pour répondre à des besoins émergents par exemple, favoriser la réussite scolaire de tous les élèves de l'école Laroque tout en s'assurant qu'ils résident dans une communauté en santé. Cette initiative est accompagnée par un plan d'action 2013-2014.

L'activation des comités consultatifs tels que le comité de gouvernance clinique, le comité de la mission universitaire, le comité de la mission universitaire en gériatrie, le comité d'orientation et de soutien de la qualité et de la performance et le comité consultatif des finances, des immobilisations et des actifs informationnels s'avère des plus efficace pour la cohérence des recommandations au comité de direction.

Le CSSS-IUGS possède deux désignations universitaires. Pour la planification des services, les travaux sont suffisamment intégrés pour permettre le dépôt d'une demande d'Institut de première ligne en juillet 2014. Le CSSS-IUGS deviendra un phare sur la continuité des services entre la première ligne et la deuxième ligne. L'inclusion des activités scientifiques avec les activités cliniques favorise le transfert des meilleures pratiques en continuité auprès de la clientèle.

Les partenariats sont forts et donnent des résultats par exemple, la création de l'Alliance sherbrookoise pour des jeunes en santé. De plus, Sherbrooke en santé regroupe les leaders des différentes activités intersectorielles et permet des collaborations avec des résultats mesurables tels que l'adoption d'un règlement sur le port du casque à vélo avec un résultat d'une diminution des traumatismes de 50 % et l'adoption d'une politique alimentaire qui modifie l'offre alimentaire dans les arénas.

Le directeur général participe à une table régionale des directeurs généraux. Cette collaboration a permis la création de rencontres des deux comités de direction CHUS ET CSSS-IUGS avec des rencontres régulières afin de favoriser la continuité des services. L'excellence est reconnue dans la planification des services.

Le CSSS-IUGS s'est vu décerner le prix de l'organisation de l'année pour son animation du réseau local de services de Sherbrooke en santé mentale et du comité de concertation en prévention du suicide. L'Association des gestionnaires de ressources bénévoles du Québec a reconnu son chef de secteur animation/loisirs et bénévoles par intérim pour son initiative à favoriser le maintien des liens familiaux avec la mise en place d'un service de livraison de courriels avec visite amicale auprès des résidents des centres d'hébergement du CSSS-IUGS.

3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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


Le cycle de planification budgétaire est bien établi. Les gestionnaires le connaissent et participent à l'analyse des besoins. Des outils variés sont utilisés pour surveiller les résultats financiers à chaque période. Le CSSS-IUGS atteint chaque année ses objectifs et l'équilibre budgétaire. La rigueur est de mise aux différents niveaux de l'organisation.

La prise de décision pour l'allocation de nouvelles ressources se discute auprès de différentes instances afin que le processus se fasse dans le respect de toutes les instances concernées. On peut allouer un budget non récurrent pour développer un projet en fonction des coûts et bénéfices attendus. Par la suite, une décision est discutée en équipe pour discuter des résultats et assurer la pérennité du financement.

La planification de la gestion du parc immobilier est efficace considérant les rénovations fonctionnelles en lien avec l'âge des bâtiments. L'équipe de gestion des services techniques réussit à bien entretenir les différents édifices. Les rénovations majeures sont planifiées. Un dossier est constitué et présenté aux instances du CSSS-IUGS. Le CA approuve le dossier d'investissement majeur selon les normes.

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	
<p>2.10 L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.</p> <p>2.10.5 Un processus écrit permet au personnel et aux prestataires de services de déclarer en toute confidentialité les incidents liés à la violence au travail.</p> <p>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.</p> <p>2.10.8 L'organisme fournit de l'information et de la formation au personnel sur la prévention de la violence au travail.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
<p>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.</p>	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Un tableau de bord du plan de main d'œuvre démontre l'atteinte des cibles. Une identification des enjeux en ressources humaines (RH) a permis d'en identifier sept. Un des enjeux est le taux de précarité à l'emploi. Celui-ci a fait l'objet d'une mesure d'amélioration et le taux de précarité est passé de 42 % à 20 %. Un autre enjeu est l'absence pour des difficultés au niveau de la santé psychologique. Un cadre de référence et un projet pilote ont été développés.

Une nouvelle stratégie des RH est le développement des compétences plutôt que d'offrir de la formation. Des capsules de formation courtes sont offertes et suivies sur le terrain par des audits afin de favoriser l'intégration des connaissances. La Direction des ressources humaines et de l'enseignement (DRHE) intègre les fonctions de formation pour l'ensemble du personnel et des étudiants. Cela permet une approche d'intégration avec la mission universitaire et la connaissance des apprentissages offerts afin de favoriser une continuité auprès des étudiants qui deviennent nos employés.

L'importance des appréciations de la contribution est un facteur important de mobilisation et elles doivent être réalisées afin de reconnaître des individus qui œuvrent au CSSS-IUGS depuis de nombreuses années. Le modèle à suivre est la direction DSASA qui a réussi à rencontrer tout près de 50 % de ses employés au cours des trois dernières années.

La certification d'Entreprise en santé est gérée par l'équipe de la présence au travail dans une approche intégrée. L'équilibre vie/travail permet un horaire flexible en utilisant une banque d'heures selon des balises bien établies.

Le questionnaire de mobilisation a été renommé « Comment ça va? » afin d'obtenir un apport plus significatif auprès des employés. Les résultats ont été présentés aux différentes équipes et des plans d'action complétés.

La politique de prévention de la violence au travail est en projet de regroupement de deux politiques existantes. Cette nouvelle politique sera l'occasion de rappeler aux employés la tolérance zéro qui existe dans le milieu de travail.

De plus, la DRHE développe un bureau de projet et soutien le développement organisationnel en ayant une vue globale de la capacité organisationnelle à accomplir les projets. Un portefeuille des projets est disponible et permet une vue d'ensemble sur la capacité organisationnelle à réaliser ses projets. Un tableau utilisant l'approche Hoshin Kanri est utilisé et très pertinent pour suivre les travaux de la DRHE. La gestion du changement est aussi formalisée et capable de soutenir le développement de l'organisation.

La DRHE a relevé le défi de la régionalisation de la paie, rémunération et avantages sociaux pour environ 14 000 employés de la région. Ce projet a débuté en 2011 et sera complété à l'été 2015.

3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
15.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme désigne les personnes responsables de la mise en oeuvre et du suivi du plan de sécurité des usagers, ainsi que de la direction des activités d'amélioration de la sécurité des usagers.	

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

Depuis la visite d'agrément précédente, l'organisme a apporté des changements à la structure en ce qui a trait à la gestion de la qualité et la gestion des risques. Depuis environ 18 mois, la direction de la qualité des soins et services (DQSS), en plus de la surveillance, de l'évaluation, du contrôle de l'exercice et du développement des pratiques professionnelles, assume la gestion intégrée des risques et de la qualité. Le programme intégré de gestion de la qualité a été révisé et les rôles de chacun, tant au niveau de la vigie, qu'au niveau stratégique, tactique et opérationnel sont clairement définis. L'amélioration de la qualité et l'instauration d'un milieu sécuritaire sont clairement identifiées comme étant une priorité stratégique pour l'organisme.

Un imposant plan de sécurité en gestion intégrée des risques est disponible. Une cartographie des risques regroupant la sécurité des usagers, des ressources humaines, des ressources environnementales et informationnelles, la sécurité financière, organisationnelle et stratégique est élaborée.

En plus des comités prescrits, le comité de coordination de l'agrément est permanent. Ce dernier réunit entre autres les chefs d'équipe de chacune des équipes d'amélioration. Des plans d'amélioration sont élaborés par les équipes toutefois, la désignation des personnes responsables des suivis et de l'évaluation des résultats serait à formaliser.

Les membres des conseils professionnels et para professionnels rencontrés se disent de plus en plus impliqués et entendus. La libération des membres demeure en outre un défi important.

Différents moyens sont en place, notamment le bulletin interne « La Missive », le babillard DQSS et depuis peu l'intranet, afin d'informer le plus grand nombre des membres du personnel en ce qui a trait à la qualité et la sécurité dans l'organisation. Les bons coups sont valorisés et diffusés mensuellement depuis 2009.

Malgré le fait que l'équipe de la direction de la qualité des soins et services est en place depuis peu et que de la consolidation doit se poursuivre, les membres de cette équipe méritent des félicitations pour l'ampleur du travail accompli.

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

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

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

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

Le comité d'éthique clinique et le comité d'éthique de la recherche sont particulièrement actifs et dynamiques au CSSS-IUGS.

Pour la recherche, un comité fut constitué afin de relever le défi de regrouper les deux comités d'éthique à la recherche du Centre affilié universitaire et le Centre de recherche sur le vieillissement. Le CSSS-IUGS a réussi à les réunir avec un seul Comité d'éthique à la recherche (CER). La recomposition du CER s'est actualisée au cours de la dernière année. Celui-ci est accessible pour des demandes de la part des sept CSSS de la région.

Pour les activités cliniques, le comité d'éthique clinique (CEC) est très productif. Le cadre conceptuel en matière d'éthique au CSSS-IUGS a été approuvé en 2012 et révisé en 2014. Ce cadre prévoit une démarche éthique intégrée et continue. Un outil pour guider l'approche éthique est disponible pour l'ensemble de la communauté lorsque l'on se retrouve en situation complexe pouvant comporter un enjeu éthique.

Le Comité d'éthique clinique a produit son rapport annuel 2013-2014 pour lequel plusieurs réalisations sont à son actif. Quatre nouvelles demandes en éthique ont été reçues pour lesquelles des avis écrits sont documentés. Le processus de réponse aux demandes se réalise rapidement à l'intérieur de cinq jours. Les membres du comité d'éthique travaillent avec les membres des équipes afin d'assurer un transfert de connaissances pour résoudre des problèmes éthiques. Les intervenants apprécient le soutien. L'ensemble des employés sait que le comité d'éthique clinique est disponible pour eux. Des formations en éthique des plus pertinentes sont offertes aux intervenants.

En 2013, le CEC a produit un guide de réflexion en contexte de maladie grave et de fin de vie afin de décider des objectifs de soins pour que les soins répondent aux volontés de la personne. Un nouveau guide de prévention et de gestion des manifestations de violence pour les personnes œuvrant au CSSS-IUGS a été produit en septembre 2014.

Le partage des échanges professionnels s'effectue aussi avec l'Université de Sherbrooke. Le Bureau de développement en éthique de l'université offre de la formation qui est offerte à la communauté universitaire ayant un intérêt en éthique.

Le CSSS-IUGS est innovant et développe l'éthique organisationnelle en lien avec l'éthique clinique. Un guide d'éthique publié à l'ensemble de la communauté décrit les droits et les responsabilités des usagers.

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	
7.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme consulte régulièrement les partenaires pour évaluer l'efficacité de ses relations avec ceux-ci.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Depuis la visite d'agrément précédente, l'établissement a procédé à la restructuration de ce secteur permettant ainsi la fusion des services des communications et de la gestion de l'information.

Tout récemment, l'équipe a mis en ligne le premier Intranet du CSSS-IUGS. Cette réalisation est le fruit d'un travail de concertation de plus de deux ans. Le site Intranet permet l'accès à d'innombrables sources d'informations, lesquelles ont presque toutes été révisées avant leur dépôt.

L'équipe des communications a initié des groupes de discussion avec les partenaires externes afin de s'assurer de la pertinence des outils mis en place. L'équipe est invitée à développer d'autres mécanismes de rétroaction, d'activités de consultation, de façon régulière. Des sondages de satisfaction auprès des partenaires externes pourraient s'ajouter afin d'évaluer de façon plus précise l'efficacité des relations avec ces derniers. Cette démarche de satisfaction est récente et mérite d'être poursuivie.

Au cours des deux dernières années, l'équipe a travaillé à mettre en place une politique de communication et plusieurs plans de communication ont été élaborés afin de soutenir les partenaires internes de l'organisation. L'équipe des communications soutient le personnel dans l'élaboration des plans de communication et le suivi est fait conjointement. Une trentaine de plans de communications sont actifs, constamment. Ce soutien par l'équipe permet aux équipes de travail d'atteindre leurs cibles. Par exemple, une veille quant au taux de vaccination antigrippale est faite par l'équipe chaque jour et elle ajuste son plan de communication selon l'atteinte des cibles.

Un sondage de satisfaction auprès des partenaires internes a été réalisé et un rapport a été rédigé en 2012. Toutes les recommandations ont fait l'objet d'un suivi rigoureux. Cette enquête de satisfaction des services a conduit à une refonte complète du journal interne « La Missive » afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle interne.

Plusieurs politiques et directives ont également été mises en place. Entre autres, une directive sur la rédaction des documents institutionnels permet dorénavant de standardiser la rédaction des politiques et des procédures de l'établissement ainsi que les modalités d'approbation de ces documents.

L'équipe des communications est très dynamique et sa stabilité a permis une grande connaissance de l'organisation ainsi que le développement de leur expertise au profit des partenaires internes et externes. L'équipe doit toutefois travailler à la structuration de ses activités par la mise en place d'un plan d'action annualisé.

Au regard des services informationnels, l'équipe en place travaille d'arrache-pied pour identifier et faire le suivi de l'inventaire des postes informatiques, actuellement dénombrés à 2 000 et des actifs informationnels – environ 500.

L'équipe connaît bien les secteurs critiques de l'organisation et un plan de continuité des opérations est élaboré et leur criticité connu.

Des travaux régionaux sont en cours afin de permettre une plus grande cohérence dans les orientations et l'harmonisation des normes. Un système de requête centralisé est en place depuis plus de deux ans et permet une réponse par les bonnes personnes en tout temps.

Le dynamisme de l'équipe, leur disponibilité, leurs compétences et leur préoccupation pour l'amélioration continue permettent aux services de se développer selon les besoins des utilisateurs.

À la direction des services professionnels et du partenariat médical (DSPPM), l'équipe travaille plus particulièrement sur les dossiers cliniques. À ce titre, les membres sont sollicités pour les travaux sur l'informatisation des dossiers et le décroisement, par exemple. Au moment de la visite, certaines sections des dossiers sont informatisées, seulement. La possible fusion des établissements pourrait permettre l'accélération du dossier Ariane dans la région.

La DSPPM a mis en place une équipe de sept infirmières auxiliaires – cette équipe dédiée aux prélèvements en soins de longue durée et à domicile est en place depuis plus de deux ans. Ce transfert a permis une diminution importante des coûts et a amélioré la qualité des suivis en raison de l'expertise développée. La crédibilité de cette équipe est très bien établie.

3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Le CSSS-IUGS est constitué de douze installations et il est propriétaire pour sept d'entre elles.

Le personnel-cadre s'assure que l'environnement physique respecte les lois, les règlements et les codes qui s'appliquent. Les gestionnaires ont toutes les connaissances sur les normes actuelles pour s'assurer de leur respect en totalité.

Une conseillère en prévention des infections est présente tout au long du processus de rénovations/construction, dès le début de la démarche et jusqu'à la fin des travaux. Une directive sur la prévention des infections lors des travaux de construction et de rénovation définit les règles à suivre afin d'assurer la prévention des infections lors des travaux et son application est suivie soigneusement. Les appels d'offres incluent le volet de la prévention des infections et les entrepreneurs de la région sont au fait de ces particularités et les respectent.

Dans les immeubles où l'établissement est en location, le suivi est fait avec les propriétaires pour s'assurer de cette même conformité. Le personnel d'encadrement de l'organisme gère l'environnement physique de manière à favoriser la santé et la sécurité des usagers/résidents et du personnel.

Le personnel-cadre met en oeuvre les plans et les suivis nécessaires pour réduire l'impact des pannes des services publics sur la santé et la sécurité des usagers, des résidents et du personnel. Toutes les installations des centres d'hébergement sont munies d'une génératrice, de même que le Centre de maternité et les installations où l'on retrouve des GMF.

Plusieurs plans de relève sont en place pour assurer la continuité des opérations et des soins en cas de panne ou de difficultés telles que l'approvisionnement en eau potable, les pannes électriques, de gaz, etc.

L'équipe est très proactive au regard des projets environnementaux tels que la diminution de consommation d'eau potable par le remplacement des systèmes de climatisation actuels, le compostage, ou différents projets d'économie d'énergie. Une association avec l'Université de Sherbrooke a permis de mettre en place un projet pilote d'économie d'énergie par des capteurs solaires au centre d'hébergement d'Youville. Des économies de l'ordre de 16 000 \$ annuellement sont prévisibles. Ce projet est novateur et est digne de mention.

L'équipe est très passionnée et a à cœur la sécurité du personnel et des usagers/résidents. Cette équipe est proactive au regard des projets environnementaux. Lors des travaux de rénovation ou de construction, l'équipe est préoccupée par le maintien d'une bonne fenestration, la mise en place d'aires accueillantes et par l'ajout de coins de verdure comme des jardins, par exemple.

L'équipe a une très bonne connaissance de ses installations et des risques associés.

Les gestionnaires sont confrontés à la conformité en tout temps aux codes actuels et aux nouvelles normes de la Régie du bâtiment avec des édifices datant de plusieurs années.

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.

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

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

Une structure d'encadrement et de suivi des différents plans est en place pour permettre la planification, la mise en oeuvre et le suivi des mesures d'urgence et des sinistres. Trois comités se partagent les différentes responsabilités : le comité exécutif, le COPIN ainsi que la cellule de gestion stratégique. Chacun de ces comités connaît bien son rôle et ses responsabilités.

L'équipe des mesures d'urgence de l'établissement revoit actuellement son Plan local des mesures d'urgence (2008). Le plan révisé devrait voir le jour en 2016 afin d'y introduire de nouvelles dispositions à la suite de l'arrivée d'une politique ministérielle sur la sécurité civile. Le prochain plan local des mesures d'urgence s'ajustera au nouveau plan d'organisation de l'établissement.

L'équipe des mesures d'urgence met régulièrement à l'essai ses plans d'intervention pour tous les dangers liés aux sinistres ou aux urgences de l'établissement, dans l'objectif d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations. Un calendrier de formation est élaboré et il est suivi rigoureusement en concertation avec les gestionnaires et la direction des ressources humaines de l'établissement. Trois vidéos ont été développés afin de soutenir le maintien des connaissances du personnel, en cas d'évacuation.

Les gestionnaires des mesures d'urgence profitent des exercices de simulation pour auditer sur la conformité aux politiques et aux procédures. Cette façon de faire est très novatrice et rigoureuse et mérite d'être soulignée.

Les gestionnaires ont le souci d'harmoniser leurs différents plans de sinistres aux organismes partenaires de la région. Cette démarche assure la cohérence et facilite la concertation des interventions en situation d'urgence.

Lorsque requis, le personnel-cadre assure le soutien au personnel affecté aux mesures d'urgence. Cela a été démontré particulièrement lors d'un sinistre externe important dans la région, l'an dernier. Une équipe de soutien, PAE (Programme d'aide aux employés), a été mise à contribution.

Présentement, l'établissement révisé l'ensemble de ses chariots d'urgences médicales afin de les améliorer et de les harmoniser. Toutefois, le Centre d'hébergement St-Joseph est invité à revoir l'emplacement et la sécurité de son chariot actuel afin de s'assurer qu'il soit scellé et ainsi éviter son utilisation par les résidents ou par les visiteurs.

L'équipe affectée aux mesures d'urgence a mis en place une directive sur l'identification des clientèles vulnérables en cas de sinistres externes. Un calendrier permettant la mise à jour de ces clientèles est en place. Le nombre est estimé à environ 3200 personnes vulnérables. Les mises à jour systématiques par le personnel demeurent toutefois un défi. Les suivis et la vigilance doivent se poursuivre.

Le personnel est de plus en plus informé des modalités et des circonstances de déclenchement des codes d'urgence. Des rapports permettent d'assurer les suivis nécessaires et de procéder aux ajustements, le cas échéant.

Une équipe de mesure d'urgence « code blanc » est en place dans une seule installation de CLSC puisque le besoin est plus présent dans ce site. Des stratégies plus souples sont en place dans les autres sites. Une personne est alors responsable de coordonner les interventions, lorsque nécessaire. Des réflexions sont amorcées pour développer de nouvelles modalités pour répondre aux besoins de la clientèle dans des secteurs spécifiques tels que les unités prothétiques.

L'équipe des mesures d'urgence a développé d'excellentes collaborations avec les partenaires internes et externes et sa crédibilité est très bien établie.

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.

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

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

Le cheminement des patients est surveillé étroitement par les différentes directions avec des outils quotidiens, hebdomadaires et périodiques. La vue d'ensemble des lits permet de prendre les décisions rapidement. La coordination interne et la coordination avec les partenaires facilitent de placer les bons clients au bon endroit. Les mécanismes de coordination entre le CHUS et le CSSS-IUGS favorisent la fluidité des transferts. Les règles de gestion appliquées en accord avec le CHUS édictent des plans d'action réalistes en fonction des taux d'occupation. Les cibles sont connues et lors de dépassement, les actions sont mises en place. Les intensités de services varient selon la stratégie appliquée en fonction de l'engorgement au niveau des lits.

Des plans de mesures exceptionnelles sont prévus et utilisés lorsque requis. Par exemple, cette semaine, on a dû ouvrir 10 lits supplémentaires en hébergement afin de suppléer à un manque crucial de lits à court terme. Une autre mesure est d'utiliser les partenaires en région lorsque le CSSS-IUGS ne suffit plus.

La performance du partenariat entre le CHUS et le CSSS-IUGS est remarquable. Le continuum intégré des évaluations gériatriques permet des résultats lors des séjours des patients dans les différentes unités du CSSS-IUGS. Les ententes pour l'accès informatisé favorisent la prise de décision rapide et éclairée pour le bien-être des usagers.

Les zones de fragilité avec augmentation des listes d'attente sont identifiées et un plan d'action permet d'adresser la problématique et de l'améliorer.

Les taux d'occupation en hébergement sont excellents avec une belle coopération entre les équipes d'hébergement et de l'entretien ménager.

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.

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

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

Le processus de planification relatif à l'acquisition et au remplacement des équipements et des appareils médicaux est structuré et transparent.

L'ensemble des personnes concernées et les différentes instances sont invités à participer tout au long du processus. Le service de génie biomédical est mis à contribution par le biais du comité d'évaluation des équipements et des fournitures. Ce comité ayant pour but l'harmonisation des équipements et fournitures disponibles dans l'établissement, regroupe des représentants de l'ensemble des directions.

L'organisme est doté depuis plusieurs années d'un système encadrant la gestion et l'entretien des équipements médicaux. La saisie de la majorité des équipements est effectuée pour l'ensemble des sites desservis. Le système est utilisé autant en ce qui a trait au volet préventif que correctif. Afin de permettre une plus grande fluidité entre le processus d'achat d'équipements et de l'entretien préventif de ceux-ci, une nouvelle procédure est actuellement à l'essai et devrait permettre de conserver un inventaire à jour.

Les différents rapports attendus sont disponibles notamment ceux traitant des incidents ou accidents liés aux équipements. Une méthode est en place afin d'identifier le niveau de criticité des équipements. Les données disponibles permettent de s'assurer que les équipements ayant le niveau de criticité le plus élevé (1) ont reçu l'entretien préventif attendu. Toutefois, on dénote un retard important pour les équipements ayant un indice moindre (2 et 3). Une réflexion doit être poursuivie afin d'identifier différentes pistes de solution.

Un fait à souligner, l'équipe de techniciens du génie biomédical est maintenant une équipe « sans papier ». Dotés de portable, les techniciens ont accès à l'ensemble de l'information relative aux équipements et ce peu importe l'endroit où ils se trouvent.

Un questionnement est en cours afin de centraliser l'ensemble des alertes et rappels de façon à s'assurer que les recommandations et suivis émanant de ceux-ci soient regroupés et facilement consultables.

Les espaces servant au retraitement comportent les aires appropriées. Depuis la dernière visite, les améliorations nécessaires ont été apportées. Le personnel attitré au retraitement reçoit la formation appropriée et plusieurs procédures normalisées ont été développées et sont facilement accessibles.

Une procédure de transport pour le matériel souillé et le matériel stérile est élaborée toutefois, des audits pour s'assurer du respect de celle-ci sont à faire.

L'étroite collaboration d'une conseillère de l'équipe en prévention et contrôle des infections est à souligner.

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 :

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

Les équipes services aux jeunes et familles poursuivent leurs activités en santé publique pour la population 0-17 ans.

L'Observatoire estrien du développement des communautés cible des données de la population pertinente pour l'intervention des intervenants du CSSS sur son territoire. Un bilan des actions sur les déterminants de la santé a été produit et déposé au comité de gouvernance clinique. La production du portait en ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang) est complétée. Les suites du projet pilote ont permis d'intégrer les médecins dans toutes les écoles. Les trois directions se rencontrent régulièrement pour suivre les impacts de cette approche sur les ITSS.

L'implantation des activités du Plan national en santé publique (PNSP) suit son cours. Le suivi préventif individualisé en santé buccodentaire se poursuit au niveau primaire. Des audits sont effectués pour préparer une deuxième visite pour la certification de « L'initiative ami des bébés ». La promotion du renforcement des mesures sécuritaires à domicile s'effectue avec les visites à domicile par les auxiliaires de santé et de services sociaux. La vaccination est promue par l'ensemble des intervenants. Afin d'en améliorer l'accessibilité, les 0-2 ans sont invités aux services courants afin d'effectuer leurs visites médicales simultanément. Le programme SIPPE se poursuit auprès de la clientèle vulnérable.

L'approche École en santé est implantée dans toutes les écoles de Sherbrooke à la suite de la mise en oeuvre d'un plan d'implantation de cinq ans convenu avec les deux commissions scolaires du territoire. L'équipe oeuvre actuellement et pour les prochaines années selon un plan de consolidation convenu en partenariat avec des cibles communes sur les facteurs clés du développement des jeunes. Une initiative du CSSS consiste à soutenir (soutien conseil et financier) des projets concrets dans toutes les écoles du territoire lorsqu'ils sont conformes aux meilleures pratiques de promotion des saines habitudes de vie. Les actions en promotion de la

santé mentale sont incluses dans les programmes de santé publique, notamment SIPPE, Approche en santé et Fluppy.

La promotion et l'acquisition des habitudes saines de vie s'actualisent avec l'Alliance sherbrookoise pour des jeunes en santé. Ce regroupement intersectoriel a favorisé le développement d'une politique alimentaire pour les infrastructures sportives, les événements et les fêtes populaires. La participation du CSSS au comité stratégique avec les partenaires de la Ville de Sherbrooke, les organismes communautaires et les CPE est efficace.

Les bons coups de l'AQESSS ont reconnu ce plan d'action concerté en matière de promotion et de prévention de la santé « Une alliance pour la santé des jeunes ».

Les formations sont ciblées, basées sur des données probantes et soutenues par l'Institut national en santé publique du Québec.

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 :

Aide à la décision - Services de soins primaires

- Information, résultats de la recherche et preuves, ainsi que données et technologies qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions cliniques.

Compétences - Services de soins primaires

- Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Direction clinique - Services de soins primaires

- Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

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.

Répercussions sur le rendement - Services de soins primaires

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats en vue d'évaluer et d'améliorer la qualité des services et les répercussions sur les clients.

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.

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.

3.3.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<p>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</p>	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
<p>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</p>	
<p>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</p>	
<p>La pharmacovigilance exercée par l'équipe est intégrée dans un processus continu de la qualité qui s'actualise par l'investissement de ses membres dans sa réalisation. Au niveau du circuit du médicament, des processus Kaizen sur le cheminement de l'ordonnance ainsi que pour l'administration ont été réalisés. Des audits sont réalisés afin d'évaluer les mesures qui ont été prises. Lors des rencontres avec les employés de la pharmacie, elles nous ont toutes mentionné qu'elles sont reconnues et qu'elles sont heureuses de participer aux différents changements.</p> <p>Nous retrouvons une culture de sécurité où les indicateurs sont diffusés et font l'objet d'une analyse tant par les membres de la pharmacie qu'avec des collaborateurs internes dans certains comités. Des processus de contrôle de qualité sont en place, comme ceux qui sont liés à l'utilisation de l'ensacheuse. Ces processus sont documentés et font l'objet d'une analyse afin d'identifier des mesures correctives ayant comme objectif l'élimination des erreurs de médicaments.</p> <p>Afin de diminuer davantage les erreurs, l'aménagement de la pharmacie favorise le travail d'équipe et l'organisation du travail a été revue afin d'éviter les chevauchements et permettre une stabilité dans certains postes critiques comme la réception des ordonnances. Un nouveau local répondant aux nouvelles normes a aussi été réaménagé pour les préparations magistrales.</p> <p>Les pharmaciennes sont très présentes dans les différents services et elles disent apprécier le travail fait en collaboration avec les autres professionnelles. Un partage d'expertise existe avec l'unité gériatrique du CHUS ainsi que des corridors de service.</p> <p>L'identification des besoins au regard des systèmes d'information a été réalisée et représente un des défis pour l'avenir. L'utilisation de l'intranet va favoriser le partage des meilleures pratiques et des données probantes à l'interne.</p>	

3.3.2 Ensemble de normes : Les services de soins primaires

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

Processus prioritaire : Direction clinique - Services de soins primaires

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

Processus prioritaire : Compétences - Services de soins primaires

4.2	Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs mesurables et planifier l'approche de l'équipe quant à la prestation des services.	
4.3	La clinique offre de la formation à son personnel sur la façon de travailler ensemble entre disciplines.	

Processus prioritaire : Épisode de soins primaires

6.4	Le processus de soins après les heures normales et lorsque la clinique est fermée comprend la façon de répondre aux demandes de renouvellement des médicaments ou de renseignements sur les médicaments après les heures de travail et en cas d'urgence.	
6.5	Les clients de la clinique et leur famille ont accès à un service de télétriage tous les jours 24 heures sur 24.	!
9.14	Au moment de prescrire un médicament, l'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client.	!

Processus prioritaire : Aide à la décision - Services de soins primaires

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

Processus prioritaire : Répercussions sur le rendement - Services de soins primaires

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

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

Processus prioritaire : Aide à la décision - Services de soins primaires

Des rencontres d'étude de cas et de partage d'expertise ont lieu toutes les semaines. L'accès aux meilleures pratiques et aux données probantes est facilité par le volet universitaire ainsi qu'aux projets de recherche. Nous observons un grand souci de lier la recherche au volet clinique.

Processus prioritaire : Compétences - Services de soins primaires

Les professionnels rencontrés nous ont mentionné qu'il y avait eu un ajout graduel de professionnels de différentes catégories au GMF. Maintenant, le nombre et surtout le désir de travailler en collaboration ont amené une réflexion en regard de l'approche collaborative à développer. Une première rencontre a eu lieu la veille de cette rencontre. De plus, l'UMF, à la suite d'un bilan des activités liées au développement des compétences de collaboration interprofessionnelle qui a été réalisé, veut développer cette compétence auprès des médecins résidents qui pourront la vivre au sein du GMF.

Nous soulignons que la performance du GMF des Deux-Rives au niveau de la priorité gouvernementale visant l'amélioration des services de premières lignes, leur a permis de se voir octroyer par le ministère de la Santé et des Services sociaux, des ressources professionnelles supplémentaires. De plus, ils ont reçu des ressources additionnelles de l'Agence de santé et services sociaux en intégrant plus de cent personnes sans médecin de famille au GMF.

Processus prioritaire : Direction clinique - Services de soins primaires

L'UMF-GMF reçoit près de 35 médecins résidents de première et de deuxième année qui sont divisés en trois équipes avec des médecins superviseurs qui sont affiliés au département de médecine de l'Université de Sherbrooke. Ces médecins résidents font le suivi de la clientèle pendant 24 mois. Lorsqu'ils quittent l'UMF-GMF, ils doivent écrire un résumé du dossier afin qu'il n'y ait pas de bris de continuité dans le suivi médical. Le nouveau résident est encouragé à s'asseoir avec le patient et revoir avec lui l'évolution de sa santé.

Processus prioritaire : Épisode de soins primaires

Les responsables du GMF mentionnent qu'ils vont débiter une réflexion sur le concept de patient partenaire et son implantation dans un GMF. Un Lac à l'épaule doit avoir lieu avec les médecins et les professionnels.

Un effort est mis au niveau de l'harmonisation des processus ainsi qu'au partage d'expertise avec l'autre GMF intra-muros du CSSS-IUGS. Les problématiques y sont discutées et des mesures correctives sont appliquées aux deux GMF.

Au niveau de la qualité des soins et services, l'équipe s'assure que le patient ait toujours un médecin même si son médecin quitte le GMF. L'attention particulière portée sur l'accessibilité et le travail avec tous les membres de l'équipe ont permis d'éliminer le délai d'attente.

L'implantation du dossier médical et l'accessibilité à l'environnement représentent les défis pour le GMF.

Processus prioritaire : Répercussions sur le rendement - Services de soins primaires

Un projet de sondage de satisfaction aura lieu au début de 2015 sur l'accessibilité aux services.

3.3.3 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
12.7 L'organisme vérifie la concentration de ses désinfectants à chaque jour à l'aide des bandelettes de test appropriées, et il élimine les désinfectants qui sont préparés depuis plus de deux semaines, même après vérification de la concentration.	
12.15 L'organisme évite de procéder au retraitement ou à la stérilisation des appareils ou instrument à usage unique sur place.	!

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Une culture de prévention des infections s'étend à tous les secteurs de l'établissement. Les stratégies développées par l'équipe ont permis de rejoindre l'ensemble des intervenants du CSSS-IUGS. Tous les employés rencontrés ont mentionné avoir reçu de l'information, et, que les interventions en cas d'éclosion par exemple, sont rapides et efficaces.

La diffusion de l'information en plus d'utiliser les méthodes traditionnelles papier comme des feuillets, affiches, se fait également au niveau des réseaux sociaux comme Facebook pour la campagne de vaccination et sur le site WEB du CSSS-IUGS. L'intranet facilitera le partage d'information et permettra l'accessibilité aux procédures, aux meilleures pratiques ainsi qu'à des formations cyberapprentissage.

L'équipe a une grande capacité à développer des partenaires externes. Suite aux inquiétudes suscitées par l'Ebola, une démarche a été réalisée avec la santé publique pour la Clinique des réfugiés en partenariat avec le ministère de l'Immigration ainsi qu'avec le CHUS par la création d'un corridor de service.

L'équipe travaille beaucoup en concertation avec les services de l'établissement. Le suivi des taux d'infection est fait et discuté dans les différents comités de l'organisation comme le conseil d'administration, le comité de direction, le comité de prévention des infections. L'information est transmise aux chefs de service qui l'acheminent aux employés par la suite.

Une conseillère en prévention des infections est très impliquée dans les projets de rénovation ou de construction. Elle est présente de la conception à la réalisation et fait régulièrement des visites de chantier afin de s'assurer que les normes soient respectées. Des mesures correctives sont appliquées au besoin.

Lors de l'activité du traceur, nous avons observé que tous les employés rencontrés connaissent bien leurs rôles et responsabilités. Cependant lors de nos rencontres, nous avons appris qu'il se fait des cystoscopies et des laryngoscopies à de rare occasion par un médecin du secteur ambulatoire. Compte tenu du petit nombre, l'on nous mentionne qu'il y a un rappel de fait au personnel en regard des procédures existantes pour le nettoyage et la désinfection. Nous encourageons l'établissement à maintenir une vigilance et à évaluer la pertinence de maintenir ce test diagnostique.

Un Plan d'amélioration continue de la qualité 2014-2017 a été conçu.

3.3.4 Ensemble de normes : Services d'aide à l'enfance

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
5.6 L'organisme dispose d'une politique sur le refus de travailler pour régler les situations lorsque des membres de l'équipe croient que leur sécurité personnel est en danger.	!
Processus prioritaire : Compétences	
5.7 L'organisme fournit des renseignements sur la façon de mettre en pratique la politique sur le refus de travailler.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.14 L'équipe établit des politiques et procédures sur le recours à l'isolement et aux moyens de contention, et elle y adhère.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
12.4 L'organisme dispose de politiques précisant qui a accès aux renseignements au sujet de l'enfant, du jeune et de la famille, ainsi que la façon et le moment où ces renseignements peuvent être consultés.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
15.4 L'équipe détecte, signale, documente et analyse les événements sentinelles, les incidents et accidents évités de justesse et les événements indésirables au bon moment.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>Les membres de l'équipe ont une connaissance étendue de la population et de ses besoins. Plusieurs ententes de collaboration et de partenariat permettent d'offrir des services diversifiés et complets à la population. Attentif aux besoins particuliers identifiés par les partenaires et la communauté, des offres de services adaptées sont déployées tel que, celle offerte aux enfants de l'école LaRocque et de leur famille.</p> <p>Depuis la visite précédente, de nouveaux programmes ont vu le jour afin de soutenir les familles et les jeunes vivants des situations de vulnérabilité. Que ce soit CAFE ou Parent'Aise, le maillage avec les partenaires du réseau ou avec les ressources communautaires est toujours présent.</p> <p>La pratique de proximité est encouragée et des équipes sont présentes dans les différents lieux publics.</p> <p>Les gestionnaires attentifs à l'importance de la communication de l'information, des échanges avec les intervenants et de l'harmonisation des pratiques de gestion ont mis en place une structure permettant de répondre à ces objectifs, et ce, à tous les niveaux.</p>	

Processus prioritaire : Compétences

Les membres du personnel rencontrés disent recevoir le soutien clinique nécessaire et dispensé par des ressources expertes. Les échanges informels sont fréquents et les rencontres interdisciplinaires ont lieu selon un calendrier établi.

La formation traitant de la prévention de la violence a été offerte à l'ensemble du personnel et une mise à jour en profondeur sur la rédaction des notes au dossier a été effectuée.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Des équipes sont dédiées aux programmes spécifiques et formées pour cerner la clientèle à risque. L'évaluation de la situation et des besoins est effectuée sans délai par les intervenants. Les mesures requises sont mises en place et la communication bidirectionnelle avec les partenaires du réseau tel que la direction de la protection de la jeunesse est établie, le cas échéant.

Une étroite collaboration a été établie avec les médecins du territoire que ce soit en spécialité ou en 1^{ère} ligne. Ce partenariat assure le soutien médical nécessaire au besoin.

Un arrimage entre l'équipe SIPPE et les sages-femmes de la Maison de naissance de l'Estrie offrira sous peu une pratique clinique interdisciplinaire permettant d'accroître l'accessibilité des services de sage-femme auprès de la clientèle en contexte de vulnérabilité.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers sont accessibles et à jour. La transmission de l'information inter établissement est formalisée.

L'équipe reçoit le soutien de la direction de la qualité des soins et des services pour examiner et sélectionner les lignes directrices. En outre, les efforts doivent être poursuivis afin d'optimiser l'élaboration des PSI.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'identification des risques a été complétée et ils sont connus par le personnel. La procédure entourant la déclaration des incidents et accidents est diffusée et respectée.

Le point de vue de la clientèle et des partenaires est recueilli et des mesures visant à diminuer les insatisfactions sont en place.

3.3.5 Ensemble de normes : Services de gestion des cas

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 L'organisme évalue et documente régulièrement le rendement de chaque membre du personnel de façon objective, interactive et positive.

Processus prioritaire : Épisode de soins

7.7 Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur).



7.7.1 L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.

PRINCIPAL

7.7.2 Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.

PRINCIPAL

7.7.3 L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.

PRINCIPAL

7.7.4 Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.

SECONDAIRE

7.7.5 L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.

PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

10.7 L'équipe détecte, signale, consigne et analyse les événements sentinelles, les incidents et accidents évités de justesse et les événements indésirables au bon moment.



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

Processus prioritaire : Direction clinique

Des collaborations et partenariats sont bien établis avec les différents programmes de l'organisation, les organismes communautaires, les médecins du territoire et le CHUS. Des liens sont créés avec le centre de recherche et les participations aux projets de recherche sont fréquentes.

Un cadre de référence en gestion de cas est en fin d'élaboration. Il définit entre autres, un modèle d'intervention, le champ d'expertise de chacun et le continuum d'activités cliniques en gestion de cas.

Les gestionnaires sont présents et des rencontres où sont abordées les questions administratives de même que les situations cliniques sont tenues sur une base régulière. Lors de ces rencontres, des présentations diverses ont lieu.

L'accueil des stagiaires est favorisé et leur présence est grandement appréciée.

Processus prioritaire : Compétences

Devant l'évidence de devoir diminuer les exigences liées à l'expérience, une méthode novatrice pour soutenir le nouveau personnel a été développée. Une cellule d'encadrement de type novice-expert permet l'apprentissage de nouvelles compétences sur une période plus étendue dans le temps tout en augmentant graduellement le degré de difficulté rencontré. À ce jour, cette méthode semble favoriser la rétention du personnel et répondre à l'acquisition des connaissances souhaitées.

Les échanges informels entre intervenants sont fréquents et les rencontres interdisciplinaires régulières. Le soutien clinique est présent.

En plus de la formation sur le PSIAS, une formation sur l'évaluation du risque suicidaire et sur la maltraitance a été offerte à l'ensemble du personnel.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Un processus normalisé pour gérer la liste d'attente est en place. Lors de la période d'attente, un intervenant de l'équipe du soutien à domicile est dédié à cette clientèle. Les priorités pour l'accès à l'équipe de gestion de cas sont revues lorsque requis.

Une étroite collaboration est établie entre le gestionnaire de cas et l'ensemble des prestataires de soins et de services.

Fait à souligner, lors des périodes d'hospitalisation au CHUS, des privilèges accordés permettent au gestionnaire de cas des interventions épisodiques auprès du client.

Actuellement, une formation est dispensée afin de mettre en œuvre le plan de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS).

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le dossier du client est précis et accessible.

La transmission de l'information est accessible grâce à la mise en place d'un formulaire de consentement à la cueillette, à l'échange et à l'utilisation de l'information entre partenaires du réseau intégré de services.

Une collaboration est bien établie entre les médecins de famille, les médecins spécialistes et les gestionnaires de cas.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'identification des risques a été complétée et ils sont connus par le personnel.

La procédure entourant la déclaration des incidents et accidents est diffusée toutefois, la culture de déclaration des événements sentinelles est à développer.

Le point de vue de la clientèle est recueilli et des mesures visant à diminuer les insatisfactions sont en place.

3.3.6 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>L'équipe a une grande capacité de développer des partenariats externes pour s'assurer entre autres du maintien de la santé du patient tout au long du continuum. L'équipe travaille aussi en concertation avec les différents services de l'établissement.</p>	
<p>Un projet d'optimisation a permis de revoir les rôles et responsabilités afin de s'assurer d'utiliser les compétences diversifiées des membres de l'équipe. D'autres catégories ont été ajoutées à l'équipe à la suite des résultats du projet. Lors des rencontres, ces employés ont mentionné être reconnus et faire partie de l'équipe.</p>	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>Le travail en interdisciplinarité a fait l'objet d'une longue réflexion et d'une analyse des résultats d'un projet de recherche. Nous retrouvons une approche collaborative de proximité qui facilite les discussions, le partage d'expertise et le soutien. L'équipe procède à deux rencontres par semaine.</p>	
<p>Lors des rencontres, les employés nous ont mentionné qu'elles se sentent reconnues et qu'elles apprécient la disponibilité des membres de l'équipe à échanger de l'information.</p>	

Un modèle de soins a été développé afin de développer les compétences et permettre une continuité dans la qualité de l'intervention à faire. Une infirmière experte accompagne et fait du « coaching » à une plus jeune dans l'observation du patient.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Nous tenons à souligner la grande qualité de l'aménagement de l'unité qui a été réalisé en fonction des données probantes quant aux besoins de leur clientèle ainsi qu'au travail en interdisciplinarité.

Nous observons une petite liste d'attente qui est revue quotidiennement afin d'offrir le plus rapidement possible un accès aux des soins et services à un patient qui en aurait besoin.

L'approche collaborative de proximité et la présence quotidienne des médecins et des pharmaciens permettent une intervention rapide et un suivi centré sur le patient. Les départs sont discutés une semaine avant afin de s'assurer de la meilleure transition pour le patient.

Au regard des équipements et appareils médicaux pouvant être prêtés aux patients lors de son retour à domicile, nous tenons à souligner la qualité du service offert par les ouvriers du parc d'équipement. Ils ont aussi inventé de nouvelles roues pour le transport de lits électriques qui facilite la sécurité et augmente l'efficacité lors du transport, tout en diminuant le temps de réponse. L'établissement a d'ailleurs reconnu ce « Bon coup ».

Processus prioritaire : Aide à la décision


La proximité des intervenants dans leur environnement quotidien facilite les échanges d'information qu'ils soient formels ou informels. Nous y retrouvons un souci important pour qu'il n'y ait pas de bris dans la continuité des soins et services offerts. Des modes de stratégies ont été développés pour assurer une qualité d'échange aux points de transition. Le dossier informatisé a été identifié comme une solution pour que tous les intervenants puissent avoir accès à cette information en temps réel.

L'accès aux meilleures pratiques et aux données probantes est facilité par le volet universitaire ainsi qu'aux projets de recherche. L'équipe fait d'ailleurs partie du Géroto Pole et nous observons une volonté de transférer les résultats de recherche vers le volet clinique.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Nous tenons à souligner le travail effectué par l'équipe et qui a permis de diminuer la durée de séjour de 30 à 24 journées et à augmenter de façon importante le nombre d'admissions de 360 à 437.

3.3.7 Ensemble de normes : Services de réadaptation

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
11.5	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
9.8	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.	 PRINCIPAL
9.8.1	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.	
17.2	L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services de réadaptation.	
17.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
17.4	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.	
17.5	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 accès aux informations nécessaires à l'admission des patients dont la très grande majorité arrive du CHU de Sherbrooke. La collaboration avec le CHUS facilite la transmission d'informations et le profil de la clientèle admissible à l'URFI/UTRF est bien connu.

L'équipe a beaucoup d'ouverture à recevoir des stagiaires et leur accompagnement se fait admirablement.

Processus prioritaire : Compétences

La prestation de services de réadaptation est assurée par la présence d'une équipe multidisciplinaire complète et expérimentée. La gestionnaire en place encourage tous les membres de l'équipe à développer leurs compétences afin d'améliorer leur prestation de travail. L'équipe est très satisfaite des formations reçues.

Tant au secteur UTRF et URFI, les membres de l'équipe multidisciplinaire communiquent régulièrement entre eux pour coordonner les services. La communication au personnel qui travaille en soirée et la nuit demeure un défi. L'équipe prend toutefois ce défi au sérieux et de nouveaux moyens ont été développés. La réflexion se poursuit afin de développer des outils simples et efficaces.

La gestionnaire de l'équipe fait l'évaluation de la contribution de son personnel et documente les besoins en formation continue. Les évaluations sont faites auprès de 50 % du personnel.

Le personnel est convié à une soirée de reconnaissance annuellement. À cette occasion, l'on souligne les 20 ans d'ancienneté du personnel et le personnel retraité. Des « Prix inspiration » – selon cinq catégories, sont remis lors de cette soirée.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La clientèle admise aux unités de courte durée telles que l'URFI et l'UTRF provient du CHU de Sherbrooke. Une évaluation est faite par les gériatres ou physiatres du CHUS afin de s'assurer de la conformité de leur clientèle gériatrique aux critères. À leur arrivée, la clientèle est évaluée et un BCM est fait par la pharmacienne de l'équipe dans les 48 heures qui suivent.

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 34 jours en URFI et de 40 jours en UTRF. La durée du séjour a diminué, mais demeure au-delà des cibles, malgré les efforts consentis par l'équipe qui a réussi à les réduire de sept jours par une meilleure préparation du congé et par l'amélioration et l'articulation des arrimages avec les partenaires en fin de séjour. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts dans le but de poursuivre la diminution de la DMS et l'atteinte des cibles afin de répondre aux demandes grandissantes.

Durant le processus de soins, l'équipe est très au fait des besoins et des attentes de leur clientèle et encourage fortement la participation de la famille à s'impliquer dans les soins. Des enseignements de tout ordre sont faits, particulièrement en fin de parcours dans la perspective de faciliter le retour au domicile. Plus de 80 % de la clientèle retourne à leur domicile après leur passage aux unités.

Une démarche rigoureuse de consolidation des pratiques professionnelles a été réalisée à l'URFI. Cette démarche a été réalisée de l'automne 2012 au printemps 2013, soutenue par un étudiant du département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Elle visait à revoir les principaux enjeux de collaboration, l'augmentation anticipée du nombre de lits et l'optimisation des services, notamment. Le continuum de soins a été revu et des outils concrets de travail ont été développés. Le personnel est pleinement satisfait de cette démarche de consolidation de l'équipe et des soins et des mesures de maintien de ces acquis sont en place.

L'outil Plan d'intervention interdisciplinaire a été revu afin de l'adapter aux besoins des professionnels. Le plan permet d'élaborer les objectifs en cours de séjour et la planification des congés de fin de semaine et les congés définitifs dès le début du processus.

Les professionnels en place sont très préoccupés par le soulagement de la douleur chez la clientèle de même que par le repérage de la clientèle à risque de développer des plaies. Des grilles validées et standardisées sont utilisées et les suivis rigoureux de tous les professionnels requis aux traitements sont réalisés.

Une formation sur la gestion de la douleur chez les personnes non communicantes est en planification.

L'équipe n'a pas mis en place de modalités spécifiques d'évaluation de la transition pour chacun des usagers ayant reçu son congé. Toutefois, des suivis sont faits par l'équipe du maintien à domicile afin de communiquer avec certains usagers qui ont reçu des services de l'URFI/UTRF et dont le retour au domicile est apparu précaire, en raison du refus de la clientèle de recevoir des services à domicile. Cette communication est faite entre les deux équipes de travail.

L'équipe est encouragée à mettre en place un sondage de satisfaction de la clientèle. Ces travaux sont bien amorcés.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le rapport de la visite d'agrément précédente soulevait l'importance de se conformer à ce critère aux secteurs de la réadaptation, soit de retrouver au dossier toutes les notes professionnelles, à jour. Des modifications ont permis certains ajustements, toutefois, en raison de la durée de certaines évaluations, celles-ci sont versées au dossier que quelques semaines après l'admission du client, notamment en orthophonie et en physiothérapie. Selon l'équipe, cela n'affecte pas la continuité des soins grâce aux modalités de partage d'information qui sont en place. L'équipe doit s'assurer tout de même que les notes d'observation soient quotidiennement mises au dossier et que les évaluations le soient, dès que terminées.

L'équipe communique les informations requises lors du départ de l'utilisateur afin d'assurer la continuité des soins. Les modalités diffèrent selon l'orientation de ce dernier, mais tout est en place pour que les informations soient transmises. L'infirmière complète un SMAF de départ comportant les informations requises sur le fonctionnement de l'utilisateur et elle le transmet verbalement ou par écrit à l'unité d'accueil. Les notes professionnelles et le SMAF sont versés au RISPA.

Le service de documentation est en soutien aux professionnels de l'équipe dans la recherche des meilleures pratiques et des données probantes. La proximité de l'équipe de documentation et la facilité des requêtes facilitent l'accès à leur service. Les professionnels sont très satisfaits de ce soutien.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe dispose d'une cartographie des risques de son secteur. Celle-ci permet de réduire les risques par l'identification de mesures d'atténuation. Un plan 2012-2015 est en place et est suivi.

La double identification n'est pas réalisée pour toute la clientèle et au moment de tout service rendu à la clientèle. Par conséquent, cette mesure fait l'objet d'un plan d'amélioration 2014-2017 élaboré par le comité d'amélioration continue de la qualité de ce secteur. Plusieurs défis et enjeux cliniques sont identifiés et suivis par ce comité très dynamique et rigoureux. Son engagement et son investissement sont d'ailleurs à souligner.

Lorsque possible, la gestionnaire, les professionnels et les médecins profitent de leur présence à des comités ou à des tables de travail pour transmettre des informations sur les meilleures pratiques.

L'équipe a développé des documents relativement aux risques de chute, lesquels sont remis au départ de l'usager. Beaucoup d'enseignements sont faits en cours d'hospitalisation auprès des usagers et de leur famille au sujet de leur rôle et leurs responsabilités pour assurer leur sécurité. Ces informations sont transmises par le biais de communications écrites et verbales.

Un document sur la mesure de satisfaction sera bientôt remis à la clientèle à son départ. Le document est rédigé et il ne reste plus que son approbation par le comité d'amélioration continue.

L'équipe a recherché un centre comparable afin de pouvoir se mesurer dans une perspective d'amélioration continue. Cependant, les services de réadaptation tels que les UTRF /URFI se sont développés selon des modèles différents ne favorisant pas ainsi la mesure de comparaison.

3.3.8 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	
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.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>Les gestionnaires rencontrées ont une connaissance approfondie de la communauté desservie et de ses besoins. Les services offerts et les priorités identifiées sont intimement liés au besoin du milieu et se concrétisent par une pratique de proximité.</p> <p>L'intervention de quartiers offerte aux populations les plus vulnérables est à souligner. L'étroite collaboration existant entre les organismes communautaires et les intervenants en partenariat avec les membres de la communauté permettent une pratique novatrice et adaptée aux réalités du milieu.</p> <p>Le personnel rencontré se dit impliqué, écouté et soutenu. Les événements récents, l'incendie chez Neptune et l'explosion à Lac-Mégantic, ont permis aux intervenants sollicités d'apprécier le soutien de l'organisation en tout temps. L'équipe a la possibilité de s'exprimer en ce qui a trait à l'organisation du travail.</p>	

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel nouvellement accueilli dans l'équipe bénéficie de l'encadrement requis, et ce, autant au niveau administratif que clinique.

Un processus d'évaluation est en place tout au long de la période de probation toutefois, l'évaluation de la contribution en cours d'emploi est à systématiser.

La formation offerte lors de la dernière année concernait, entre autres, les différentes situations de violence et le code blanc.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Nouvellement créé, le guichet d'accès central reçoit les demandes autant pour les besoins psychosociaux que pour les besoins en santé physique. Après analyse, les demandes sont dirigées sans attendre vers les différents services.

L'accueil psychosocial est accessible cinq jours par semaine jusqu'à 20 h 30, et ce, avec et sans rendez-vous. Des consultations ponctuelles sont offertes rapidement lorsque requises.

Le suivi quant à lui, accusant un délai d'environ six semaines, offre jusqu'à dix rencontres.

L'intervention de crise et en cas de sinistre est accessible en tout temps. Une collaboration étroite avec les différents services de l'organisation permet l'accès à l'ensemble des différents professionnels en temps opportun.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le dossier du client est accessible en tout temps. Le contenu de l'information ponctuelle est à jour et accessible sur support électronique dans l'ensemble des points de service.


Des plans d'intervention sont élaborés pour la clientèle avec suivi, toutefois lors de la visite ces plans n'étaient pas tous consignés aux dossiers consultés.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'identification des risques a été complétée et ils sont connus par le personnel. La procédure entourant la déclaration des incidents et accidents est diffusée et respectée.

Le point de vue de la clientèle est recueilli et des mesures visant à diminuer les insatisfactions sont en place.

3.3.9 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	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.1 L'équipe travaille de manière à s'assurer que les personnes et les familles reçoivent des services et du soutien appropriés le plus rapidement possible.	
10.1 L'équipe et la personne ou la famille élaborent un plan de services complet et intégré.	
<p>12.4 Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur (la personne), la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.</p> <p>12.4.2 Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.</p> <p>12.4.3 L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.</p> <p>12.4.4 Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p> <p>12.4.5 L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.</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;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>
12.8 L'équipe dispose de processus permettant d'effectuer le suivi des personnes ou des familles à risque élevé qui ne se présentent pas aux rendez vous prévus.	

- 14.5 Après le transfert ou la fin des services, l'équipe communique avec la personne, la famille et l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès du transfert et de la fin des services, et elle utilise les renseignements ainsi obtenus pour améliorer la planification des transferts et de la fin des services.

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

- 18.5 L'organisme communique l'information sur ses analyses comparatives et ses meilleures pratiques à ses partenaires et aux autres organismes.
- 20.1 L'équipe dispose de processus lui permettant d'évaluer régulièrement la qualité des services et du soutien qu'elle offre aux clients.
- 20.2 L'équipe vérifie régulièrement ses mesures de processus et de résultats.
- 20.3 L'équipe vérifie régulièrement la perception des personnes et des familles par rapport à la qualité de ses services.
- 20.4 L'équipe compare ses résultats à ceux d'interventions, de programmes ou d'organismes semblables.
- 20.5 L'équipe utilise l'information qu'elle recueille pour déterminer les réussites et apporter continuellement des améliorations.
- 20.6 L'équipe communique les résultats des évaluations au personnel, aux personnes et aux familles.

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe de santé mentale adulte a développé ses services de santé mentale communautaires et le soutien offert aux clients de manière à répondre aux besoins des personnes du territoire.

Les professionnels de l'équipe ont été soutenus au cours des dernières années dans la mise en place de l'approche centrée vers le rétablissement. Cette approche a été retenue par l'équipe dans le respect des approches cliniques proposées par le Plan d'action MSSS en santé mentale, et dans le respect des meilleures pratiques.

L'équipe a mis en place diverses modalités sur le territoire pour réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales et aux troubles concomitants. Cette démarche est souvent faite en partenariat avec les organismes de la communauté, dont l'organisme le Tremplin qui travaille à augmenter la socialisation de cette clientèle. Un projet pilote est en place pour permettre l'intégration de la clientèle marginalisée ayant diverses problématiques concomitantes (dépendance, santé mentale) au marché du travail. Ce projet est digne de mention et est ajusté à cette clientèle spécifique.

Une table de concertation clinique est en place avec les principaux partenaires tels que les cliniques, les médecins et l'établissement afin de discuter de l'orientation de certains dossiers plus complexes.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de santé mentale adulte est constituée de plus de 40 professionnels qui travaillent en complémentarité afin de répondre aux besoins complexes et diversifiés de la clientèle du territoire. Depuis la visite précédente d'agrément, l'équipe s'est restructurée au niveau administratif et l'offre de services s'est développée, dans le respect du plan d'action du MSSS.

Trois grandes équipes se partagent l'évaluation et le suivi de ces clientèles spécifiques : le suivi de la clientèle ambulatoire, les services de soutien d'intensité variable (SIV) et les services en ressources non institutionnelles (RI/RNI).

En janvier 2015, des interventions de groupes destinées à la clientèle avec troubles de la personnalité limite s'ajouteront à l'offre de services actuelle.

Le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) accompagne l'équipe et les soutient dans l'identification et le développement des bonnes pratiques, dans la gestion du changement en raison de la mise en place de nouvelles approches ou philosophie, soit l'intervention par épisodes de services et le rétablissement.

Le travail est enrichi par un partenariat avec les organismes de la communauté, dont le CHU de Sherbrooke, responsable de la deuxième ligne en santé mentale. À ce jour, les deux établissements n'ont pas mis en commun leur guichet d'accès. Ainsi, il existe actuellement deux portes d'entrée en santé mentale adulte. Les établissements sont invités à poursuivre leurs travaux qui visent à faciliter l'accès aux services par un mécanisme d'accès unique pour la clientèle adulte en santé mentale.

L'établissement fait l'embauche de professionnels qualifiés et diversifiés, capables de répondre aux besoins de cette clientèle complexe.

Le nouveau personnel reçoit une orientation dans le secteur de la santé mentale. En raison de la spécificité de la clientèle, des formations sont offertes dès leur arrivée ou dans les semaines ou mois suivants.

Une formation de trois jours a été offerte par le centre de prévention JEVI sur la prévention du suicide à tous les professionnels de l'équipe. Toutefois, en raison de la fin de l'entente de services, les gestionnaires de l'équipe sont appelés à réfléchir aux modalités permettant le suivi de cette formation.

Plusieurs autres formations complémentaires et requises pour le travail sont offertes telles que l'intervention auprès de la clientèle avec un potentiel d'agressivité, le DSM-5, etc. Un processus visant à évaluer et à combler les besoins en formation continue est en place et les professionnels sont très satisfaits. La conseillère clinique en place soutient admirablement les équipes dans la détermination de leurs besoins de formation, la planification de la formation et offre de la formation d'appoint.

La conseillère clinique en soutien à l'équipe a travaillé à l'élaboration d'un Guide de rédaction des notes d'évolution à l'intention des intervenants psychosociaux. Ce guide est l'aboutissement d'un long travail de concertation et améliorera assurément la qualité et la standardisation des notes. Une formation a été offerte et des mesures de suivi seront mises en place afin d'estimer les effets.

La gestionnaire en place évalue le rendement de chaque membre de son personnel aux deux ans, tels que le prévoit l'orientation de l'établissement.

L'équipe dispose d'un Plan de sécurité sur la gestion des risques 2012-2015 qui permet de déceler, de gérer et de réduire les risques en matière de sécurité. Ce plan est bien détaillé et les suivis sont faits.

Dans un souci d'amélioration de la qualité, l'équipe est invitée à mettre en place des sondages visant à connaître l'opinion de la clientèle sur la satisfaction des services reçus.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe travaille de manière à s'assurer que les usagers reçoivent les services et le soutien approprié le plus rapidement possible. Les professionnels de l'équipe du guichet d'accès voient la clientèle en temps opportun, dans le respect des échéanciers prévus au plan d'action en santé mentale. Au moment de la visite, l'équipe respectait les cibles de sept jours tels que le prévoit le plan d'action en santé mentale.

Toutefois, il existe une liste d'attente très importante pour les personnes en priorité 2 et 3, pour les services ambulatoires. Pour certains d'entre eux, l'attente est de plus de deux ans. Chaque mois, un temps est consacré aux suivis de ces personnes afin de revoir la priorité, selon le cas. Cette modalité est en place depuis l'été 2014 et doit être maintenue.

L'équipe des professionnels ainsi que les gestionnaires sont préoccupés, à juste titre, et des travaux sont en cours pour déterminer de mesures pour faire face à ce défi. Afin d'effectuer leur évaluation clinique, le plan d'intervention et les suivis cliniques, le personnel a accès, au besoin, au soutien des chefs d'équipe, aux assistants et aux gestionnaires cliniques de l'équipe.

Le personnel affecté au guichet d'accès est responsable de la garde clinique. Ainsi, des rencontres sont planifiées tous les matins afin de permettre le suivi des interventions réalisées, aux intervenants et à l'ASI, le cas échéant.

Une équipe est dédiée aux ressources non institutionnelles et assure le soutien aux clients ainsi qu'aux responsables des ressources non institutionnelles. Ces professionnels assurent l'évaluation de la clientèle à la fin de leur parcours afin de répondre au mandat initial qui est le retour de la clientèle dans la communauté. La clientèle que l'on retrouve dans ces RNI y réside pour une période estimée entre 2 à 3 ans. Des travaux ultérieurs permettront d'enrichir les connaissances concernant le taux de la clientèle qui retourne dans la communauté, celle qui est dirigée vers un hébergement plus lourd et l'ajustement des ressources, le cas échéant.

L'équipe SIV a développé un nouveau plan d'intervention basé sur les forces du client. Après son expérimentation, ce plan pourrait être exporté aux autres équipes. Un comité de travail est en place afin de développer une formation plus adaptée pour contrer les comportements agressifs chez la clientèle suivie à domicile.

Une équipe dédiée aux interventions de quartier est en déploiement dans le CSSS-IUGS. Cette équipe dont le mandat est le « reaching out » de la clientèle qui ne fréquente pas l'établissement pourrait permettre le repérage de certains clients pouvant profiter des services de santé mentale offerts par les équipes. Cette équipe dédiée est le fruit de travaux de recherche rigoureux menés sur le territoire.

L'équipe est bien informée des services que peut offrir le comité d'éthique clinique puisqu'une employée de l'équipe était présente au CEC et elle faisait le pont avec le personnel de l'équipe. Malgré son départ, l'information est encore présente.

L'équipe ne dispose pas de processus permettant d'effectuer le suivi des personnes à risque élevé qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus. Des modalités doivent être balisées et connues de tous. Par contre, ces modalités sont plus clairement établies en cas de non-réponse au domicile pour la clientèle avec SIV. Ces modalités mériteraient tout de même d'être écrites afin d'en assurer la standardisation à toute l'équipe.

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe connaît les modalités de déclaration des accidents/incidents et l'ensemble de leurs principaux risques. La majorité des accidents et incidents déclarés le sont dans les RNI.

L'équipe n'a pas de mesures comparatives permettant d'évaluer sa performance. Toutefois, des travaux régionaux sont en cours pour la rédaction d'un cadre de référence commun. Il serait pertinent d'introduire la possibilité que ces travaux conduisent à des cibles et indicateurs permettant des mesures de comparaison.

L'équipe ne dispose pas de processus lui permettant d'évaluer régulièrement la qualité des services et du soutien qu'elle offre aux clients. Par contre, cela est réalisé pour la clientèle qui reçoit des services de groupe. L'établissement est invité à élargir à toute clientèle.

3.3.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

4.7	L'organisme offre de la formation à l'équipe sur la prévention de la violence en milieu de travail.	
-----	---	--

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Lors des rencontres, les personnes nous ont mentionné l'importance du travail réalisé par les bénévoles. Nous tenons à souligner le vidéo réalisé avec certaines résidentes qui remercient les bénévoles pour leurs présences auprès d'elles. Ce vidéo est diffusé sur le site Facebook du CSSS-IUGS.

Les résidents et les familles rencontrés nous ont tous mentionné spontanément leur très grande satisfaction au regard des soins et services reçus. Ils disent apprécier l'approche humaine des personnes.

Processus prioritaire : Compétences

Nous observons une culture d'interdisciplinarité dans l'action au quotidien pour répondre aux besoins du résident. Les personnes rencontrées nous mentionnent la facilité de travailler en collaboration ainsi que la fluidité au niveau des échanges entre eux. De plus, les médecins et les pharmaciennes sont très impliqués et très présents. Nous encourageons l'établissement de continuer l'actualisation du plan d'action au regard des rencontres interdisciplinaires et d'identifier des stratégies pour impliquer le résident et sa famille à ces réunions.

Un travail de consolidation a été réalisé à la suite d'un projet d'optimisation des ressources qui a permis de revaloriser les compétences des membres de l'équipe et ainsi créer un nouveau type d'emploi d'aide de service. Tous les employés rencontrés se disent reconnus et participent aux différents changements.

Au regard du développement des compétences, la Formation trio, qui touche le coaching, est faite par les préposés aux bénéficiaires qui la reçoivent à la suite aux formations sur l'alimentation, les soins buccaux dentaires et le programme de marche.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Nous tenons à souligner l'implantation d'un système de cloche silencieuse qui permet de rehausser la qualité du milieu de vie par l'absence de son régulier de cloche d'appel. L'équipement porté par les employés permet une réponse rapide tant à la demande du résident qu'à l'urgence d'une situation. Lors des rencontres, tous les employés ont mentionné apprécier ce système qui en plus leur évite des déplacements. L'établissement est encouragé à avoir un mode de dépannage connu en cas de défaillance du système.

Lors de l'accueil, l'infirmière « principale » joue le rôle d'intervenant pivot afin de faciliter son intégration et les communications avec la famille. Une lettre est aussi envoyée à la famille afin de confirmer le nom et les coordonnées de l'infirmière.

Des rencontres sont planifiées pour les familles des résidents nouvellement admis. Cette démarche qui a débuté il y a plusieurs années connaît encore un bon taux de participation.

La Fondation Vitae réalise un programme Rêves d'aînés qui s'adresse à tous les résidents, et plus particulièrement à ceux qui ne possèdent pas les moyens nécessaires pour réaliser par eux-mêmes leurs rêves. Plus de 80 rêves ont été réalisés depuis le début du programme avec la participation des membres de la famille.

Au niveau des soins de fin de vie, deux centres d'hébergement ont participé à un projet de recherche où l'un servait de groupe témoin et l'autre était accompagné et soutenu par une équipe d'expert. Un questionnaire a été remis aux familles par la suite afin de connaître leurs perceptions à l'égard des soins de vie en soins de longue durée. Les résultats ont fait ressortir la qualité de l'intervention faite avec un degré un peu plus élevé pour le groupe accompagné. Une trousse composée d'un fauteuil-lit, d'une radio et d'autres accessoires est accessible sur toutes les unités de vie. Une équipe de bénévoles est disponible pour accompagner des résidents 24/24 heures en fin de vie.

Une équipe multidisciplinaire a gagné un prix de l'ACMQ (Association des conseils multidisciplinaires du Québec) pour la création d'un module qui permet aux résidents ayant des déficits cognitifs de manipuler des objets significatifs en position assise (projet CARMAT - centres d'activités de réminiscence de la mémoire ancienne de travail).

Tous les jours, les repas des résidents sont dégustés par une ou plusieurs personnes afin d'évaluer la qualité ainsi que la sécurité comme les aliments épaissis.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'accès aux meilleures pratiques et aux données probantes est facilité par le volet universitaire et des projets de recherche qui y sont rattachés. Nous observons un souci important de lier la recherche au volet clinique. De plus, l'actualisation de l'intranet pour tous les intervenants devient un important outil de recherche et de partage de l'information.


Lors des rencontres tous les employés disent être informés et sont satisfaits des formations qu'ils reçoivent afin de développer leurs compétences.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Lors de la réalisation de l'activité de traceur au regard de trois pratiques organisationnelles requises, tous les employés rencontrés connaissaient leurs rôles et responsabilités. Lors de ces rencontres, tous les employés mentionnent qu'ils participent à la vie organisationnelle de leur service.

L'évaluation de la contribution a été faite pour plus de 49 % des employés. Nous encourageons l'établissement à maintenir les mêmes efforts pour compléter le cycle.

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.	!
Processus prioritaire : Compétences	
4.9 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.5 L'équipe vérifie le temps pendant lequel les clients doivent attendre pour obtenir des services à partir du moment auquel le rendez-vous était prévu.	
8.4 De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.	
<p>*Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p>	
8.4.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, l'organisme précise à quelle fréquence il faut répéter le bilan comparatif des médicaments et il consigne cette information.	PRINCIPAL
8.4.3 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille et le soignant (selon le cas) et le consigne par écrit au dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.4.4 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, l'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) à la liste actuelle de médicaments; elle décèle et consigne tout écart entre les deux sources d'information. Cela se fait à la fréquence établie par l'organisme dans sa documentation.	PRINCIPAL

8.4.5	L'équipe collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les sources d'information OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.	PRINCIPAL
8.4.6	Quand les écarts sont réglés, l'équipe met la liste de médicaments à jour et la conserve dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.4.7	L'équipe remet à l'utilisateur et au prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) la liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL
8.6	L'équipe a recours à des mesures cliniques normalisées pour évaluer la douleur du client.	

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

Dans le cadre des soins ambulatoires, deux services ont été visités soit les services courants et la Maison de naissance de l'Estrie.

Les membres des équipes rencontrées connaissent bien les besoins de la clientèle desservie. Des partenariats sont établis dans les deux cas avec l'Université de Sherbrooke de même qu'avec le CHUS.

Afin de bonifier l'offre de service, les équipes travaillent en étroite collaboration avec les autres programmes de l'organisation notamment avec la direction des services aux jeunes et familles. Des plans d'amélioration de la qualité sont disponibles et les membres du personnel rencontrés se disent informés et consultés sur le sujet. Des rencontres où sont abordés les questions administratives de même que les dossiers cliniques sont tenues sur une base régulière.

L'accueil des stagiaires est favorisé et leur présence est grandement appréciée.

L'entretien préventif de l'équipement est effectué et le processus est connu.

Processus prioritaire : Compétences

Les personnes rencontrées se disent encouragées à développer de nouvelles compétences. Différentes formations traitant de sujets tels que la violence ou le code blanc ont été offertes lors de la dernière année.

Des périodes d'orientation structurée ou d'intégration sont offertes selon le milieu.

L'évaluation du rendement a lieu lors des périodes de probation toutefois, l'évaluation de la contribution en cours d'emploi est à systématiser.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les équipes multidisciplinaires et le travail en interdisciplinarité sont encouragés. La présence des infirmières auxiliaires aux services courants, permettant ainsi l'augmentation de l'accès aux services, est à souligner.

Les espaces où sont dispensés les services assurent la confidentialité et le respect de l'intimité.

L'évaluation des besoins est complète et le soutien émotionnel est offert lorsque requis.

Des corridors informels de service sont en place afin d'accéder à des services médicaux entre autres, avec une clinique d'urgence accueillant la clientèle orpheline et les GMF de l'organisation.

Lors de situation de transfert, la transmission de l'information clinique attendue est formalisée.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Des postes informatiques sont disponibles dans les aires de service permettant l'accès à l'intranet.

Quoique toujours format papier, les dossiers nécessaires à la prestation des services sont accessibles en tout temps.

Les personnes rencontrées se disent soutenues notamment par la direction de la qualité des soins et des services, pour l'identification de lignes directrices.


Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Pour chacun des endroits visités, l'identification des risques a été complétée.

La procédure entourant la déclaration des incidents et accidents est connue et respectée.

Le point de vue de la clientèle est recueilli et des mesures visant à diminuer les insatisfactions sont en place.

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		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
6.8	Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.	
6.8.1	L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.	PRINCIPAL
6.8.2	Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.	PRINCIPAL
6.8.3	L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.	PRINCIPAL
6.8.4	Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.	SECONDAIRE
6.8.5	L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.	PRINCIPAL
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
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.	

- 16.3 L'organisme compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires, s'il y a lieu.

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'information sur les besoins de la clientèle fait partie prenante de la démarche de planification stratégique de l'organisation. La participation du personnel et des partenaires permet un espace de discussion pour les besoins devant être répondus par l'établissement, par la direction DSASA.

Au cours des dernières années, plusieurs équipes dédiées ont été mises en place pour répondre aux besoins plus spécifiques de la clientèle. Cette organisation permet d'être plus au fait des besoins de la clientèle et d'y répondre.

L'équipe collabore avec d'autres services, certains à l'intérieur même de la direction, ou avec des partenaires externes comme le CHU de Sherbrooke et les organismes de la communauté afin de compléter la gamme de services à la clientèle.

Processus prioritaire : Compétences

Le service dispose de descriptions de postes qui définissent les rôles, les responsabilités et les champs de pratique et la plupart des employés rencontrés sont informés de l'existence de ces documents.

Les membres du personnel possèdent les compétences et la formation nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. Ils ont accès à plusieurs formations en cours d'année et sont satisfaits de l'ouverture de leurs gestionnaires aux formations et à la disponibilité d'outils lorsque requis.

Les infirmières ont reçu la formation nécessaire à l'utilisation des pompes à perfusion. Au besoin, un vidéo et une personne « super utilisatrice » sont disponibles.

Les membres du personnel sont formés en vue de prévenir et de gérer de façon sécuritaire les comportements violents ou agressifs des clients, à domicile. Lorsque cela est nécessaire, les visites à domicile peuvent être effectuées par deux personnes. De plus, les professionnels ont accès à un bouton panique portatif qu'ils peuvent apporter au domicile, ce dernier est relié à l'agent de sécurité. Des crampons sont également disponibles pour eux, pour éviter les chutes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe de première ligne du Soutien à domicile est composée d'environ 110 ASSS et de plus de 150 professionnels. La diversité des professionnels en place permet d'assurer une prestation des soins et services à domicile répondant aux besoins multiples et diversifiés de la clientèle.

Les membres du personnel communiquent régulièrement les uns avec les autres. Ces communications s'effectuent parfois dans des lieux plus formels, comme lors des rencontres multidisciplinaires, mais la plupart du temps, les professionnels s'interpellent ou se réfèrent aux dossiers.

Actuellement, il existe peu de délais pour accéder aux services professionnels d'évaluation. Une équipe multidisciplinaire de neuf intervenants répond à l'intérieur d'un ou de deux mois pour les P2 et les P3. Les demandes prioritaires sont vues rapidement, à l'intérieur de 24 à 48 heures.

Cette équipe fait l'évaluation (OEMC) et l'identification des facteurs de risque et leur atténuation. Un plan d'intervention est rédigé et l'utilisateur est recommandé au bon service, ou le dossier est fermé, selon la situation. Les délais d'accès sont plus longs en ergothérapie.

D'ailleurs, des mesures sont en place pour diminuer l'attente pour la clientèle ayant des besoins en ergothérapie plus ponctuels par la mise en place de « visites éclair », au domicile. De plus, une clinique mensuelle d'évaluation ponctuelle en ergothérapie a aussi été mise sur pied à l'été 2014 pour répondre aux besoins ponctuels de la clientèle qui peut se déplacer vers le CLSC. Il s'agit de répondre à la clientèle ayant des besoins plus ponctuels et moins urgents. Cette clinique a permis de répondre rapidement à environ 40 demandes depuis sa création (dossiers terminés).

La planification des congés pour la clientèle en provenance de l'URFI/UTRF permet à cette dernière l'accès aux services à domicile dès leur retour à la maison. Il est de coutume que des visites préparatoires soient effectuées avant le congé de l'utilisateur afin que son environnement soit prêt à le recevoir et à mettre en place les services requis. Il n'y a aucune attente pour ces derniers.

Des pochettes d'informations sont offertes à la clientèle à domicile. Ces pochettes comprennent beaucoup d'informations pertinentes pour l'utilisateur et ses proches : un répertoire de ressources, un dépliant sur les plaintes, la prévention de l'épuisement chez l'aidant ainsi que des informations concernant la sécurité à domicile. Ces informations semblent pertinentes et suffisantes.

Les gestionnaires ainsi que les employés rencontrés sont informés de l'existence du comité d'éthique clinique. Certains professionnels ont fait appel à ces services pour des éclairages sur l'utilisation de contention et des questionnements en fin de vie.

L'équipe informe les usagers et leurs proches au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales contenues dans la pochette remise à tous les nouveaux usagers du service.

Les risques de chute sont évalués lors de l'évaluation OEMC. Cette évaluation permet de dépister la clientèle à risque et lorsque requis, les clients sont référés à l'équipe de prévention des chutes laquelle réévalue et met en oeuvre les ressources et plans d'atténuation, si nécessaire.

Un dépliant « Quel est votre nom » est rédigé et disponible aux professionnels de l'équipe. L'importance de la double identification a fait l'objet de deux articles dans le journal interne La Missive. Le personnel de l'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.

Afin de bien consolider cette pratique, les gestionnaires sont invités à poursuivre leur sensibilisation à cette POR; le fait de ne pas identifier les clients correctement peut entraîner une variété d'événements indésirables tels que des erreurs liées aux médicaments, des erreurs sur la personne lors d'interventions, etc.

Une procédure visant l'approvisionnement de la trousse d'urgence de soins palliatifs a été rédigée afin de rendre possible l'accès aux médicaments pour la clientèle en fin de vie à domicile.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe respecte les lois en vigueur sur la protection de la vie privée des usagers et de la confidentialité des renseignements.

L'organisme s'appuie sur des données récentes concernant la recherche et les lignes directrices fondées sur des données probantes et les pratiques exemplaires pour améliorer la qualité de ses services. Cela est rendu possible grâce au Centre de recherche sur le vieillissement. Plusieurs projets de recherches sont supportés par eux. De même, l'information aux meilleures pratiques est supportée par la direction DQSS.

La Fondation Vitae soutient financièrement également quelques projets de recherche.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe visitée n'a pas déterminé de processus structurés qui viseraient à évaluer le fonctionnement de l'équipe annuellement, en vue de déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations. Par contre, des modalités sont en place pour revoir les procédures, en comité de gestion.

L'équipe n'a pas mis en place de modalités pour comparer ses résultats avec ceux obtenus par des organismes pairs. Les résultats obtenus permettraient d'évaluer son rendement et de cerner des possibilités d'amélioration.

L'équipe est bien au fait des cibles attendues du ministère et met tout en oeuvre pour les atteindre.

En collaboration avec la DQSS et le secteur des communications, la direction a mis en place un sondage en ligne pour les proches et les familles afin de connaître leur opinion sur l'approche et la qualité des services reçus en oncologie ou en fin de vie à domicile. L'équipe utilise l'information recueillie pour déterminer les points à améliorer et elle apporte les améliorations en temps opportun.

Dans un souci d'améliorer la qualité des services, l'équipe est invitée à poursuivre cette démarche et à l'étendre à l'ensemble de ses services.

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 l'expérience client. 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 : 17 juillet 2013 au 10 décembre 2013
- Nombre de réponses : 18

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	6	0	94	89
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	6	94	93
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	0	100	93
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	90

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	0	6	94	89
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	0	100	92
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	11	89	94
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	0	0	100	93
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	0	6	94	92
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	22	78	90
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	0	11	89	88
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	0	100	89
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.	6	6	89	92
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	11	89	87
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	0	100	96
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	11	89	91

	% 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.	6	0	94	95
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	0	6	94	78
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	7	20	73	66
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	6	33	61	61
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.	6	11	83	77
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	25	50	25	53
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	6	12	82	78
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.	6	6	89	81
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	6	33	61	64
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	0	100	92
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	6	11	83	78
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	92

	% 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	17	83	81
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.	0	6	94	88
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.	0	6	94	79
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	6	94	86
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	6	94	92
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	0	11	89	86
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	6	94	90

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

4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

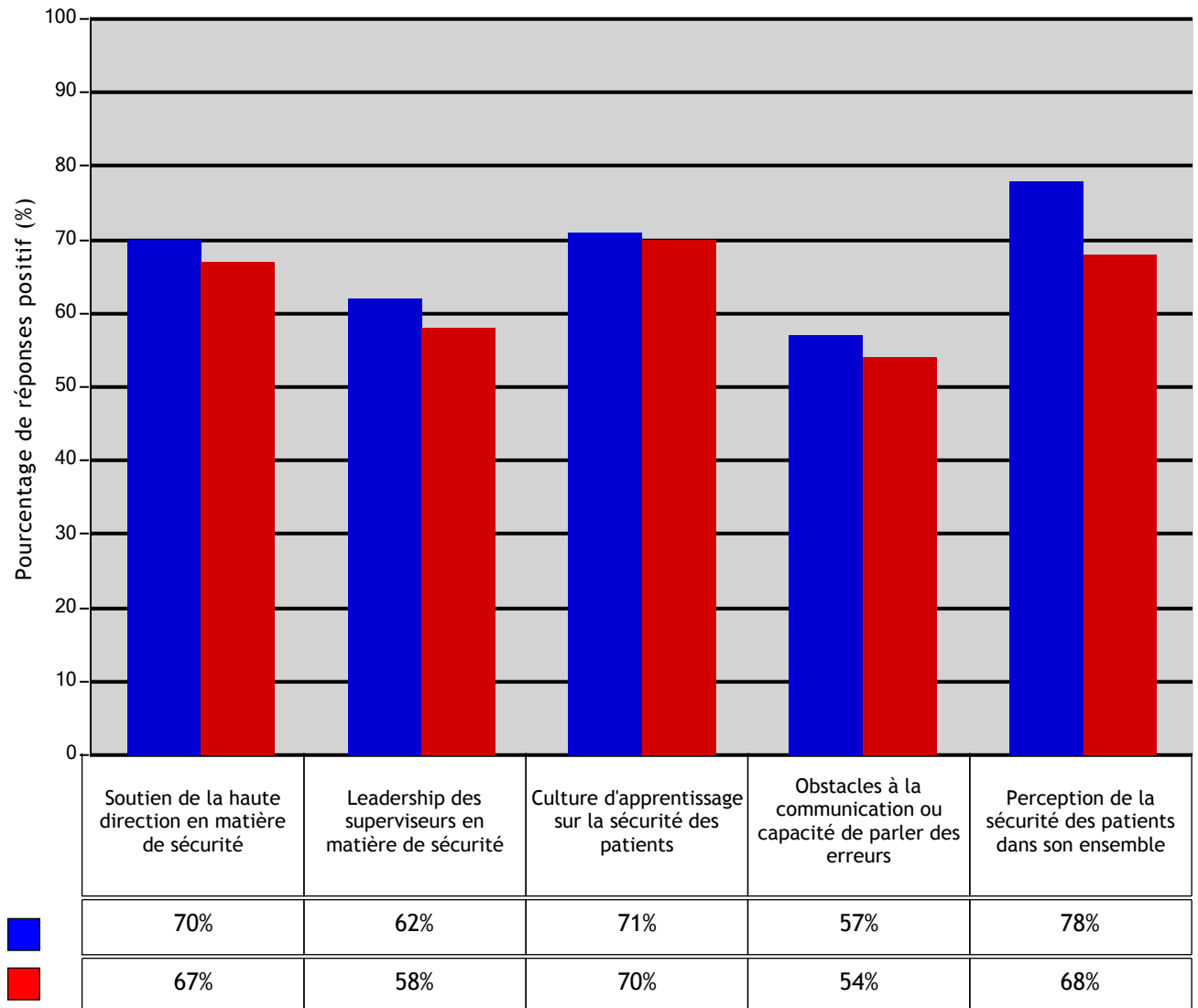
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 6 décembre 2012 au 18 février 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 318
- Nombre de réponses : 659

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



Légende

- Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- * 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.

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

Le personnel dans une organisation nourrit un certain nombre d'attentes à l'égard de son employeur concernant la réalisation de son travail, et les attentes du client seront d'autant plus satisfaites que celles du personnel le seront. C'est ainsi que la mobilisation du personnel apparaît comme une condition essentielle pour d'améliorer la qualité des services offerts.

La CQA appuie cette définition de la mobilisation : « 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 »(1).

En misant sur la mobilisation, une organisation favorise l'intégration et l'appropriation, par l'ensemble de son personnel, de sa vision et de ses objectifs. Ainsi, 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 face à l'amélioration continue de la qualité, à fournir à ses employés les outils, la reconnaissance du travail bien fait, le soutien et la marche de manœuvre nécessaire pour qu'ils se mobilisent et à favoriser le maintien d'un climat propice à la collaboration entre les personnes et entre les équipes.

Les effets escomptes 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. Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que la qualité du climat de travail est un facteur d'accroissement de la productivité.

Le sondage utilisé dans le programme conjoint pour mesurer le degré de mobilisation du personnel comporte huit indicateurs : la réalisation, l'implication, la collaboration, le soutien, la communication, le leadership organisationnel, le leadership du gestionnaire et la sécurité et environnement de travail. Huit à dix mois avant la visite, les résultats détaillés provenant du sondage sur la mobilisation du personnel sont fournis. Elle a ainsi l'opportunité de travailler sur les indicateurs nécessitant des améliorations et les visiteurs, pendant la visite, examineront les principaux résultats et les progrès réalisés.

(1) Qu'est-ce que la mobilisation des employés? Willis., Labelle, C., Guérin, G., Tremblay, M. (1998)

Mobilisation :

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

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 1611			Autres établissements du Québec n = 16982		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	78,00	77,00	79,00	78,00	75,00	79,00
VERT	Implication	78,00	77,00	78,00	74,00	71,00	77,00
JAUNE	Collaboration	78,00	77,00	79,00	78,00	75,00	79,00
VERT	Soutien	75,00	74,00	76,00	70,00	66,00	74,00
JAUNE	Communication	71,00	70,00	72,00	68,00	63,00	71,00
JAUNE	Leadership	66,00	65,00	67,00	71,00	67,00	74,00

4.4 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)

La satisfaction des usagers à l'égard des services reçus est un indicateur largement reconnu de la qualité des services et de la performance d'une organisation. Le service donné atteint son niveau d'excellence quant il répond aux besoins et attentes de ces clients(2) . La satisfaction de l'utilisateur peut être ainsi considérée « comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même»(3).

Pour le CQA, la qualité des services d'une organisation s'évalue selon différents angles ou points de vue différents dont celui de la clientèle qui, par l'expression de son degré de satisfaction à l'égard des services reçus, apporte un éclairage essentiel pour l'évaluation de la qualité. Dans le cadre d'une démarche d'agrément, l'analyse du degré de satisfaction de la clientèle permet d'identifier les écarts entre ce qui était attendu en termes de qualité de service et le degré de satisfaction ressenti et vécu par le client dans son expérience de service ou de soin, en lien avec ses besoins, ses attentes ou ses droits. On parle ici de qualité attendue versus la qualité perçue/vécue.

Ces résultats fournissent de précieuses informations aux gestionnaires et aux professionnels engagés dans l'amélioration continue de la qualité des services, leur permettant d'ajuster, au besoin, leurs pratiques organisationnelles et professionnelles.

Le sondage sur la satisfaction de l'expérience client mesure la perception de la clientèle selon trois indicateurs de satisfaction(4) :

- La relation avec le client : touche à la qualité du rapport humain que le personnel entretient avec le client (respect, confidentialité, empathie et accessibilité)
- La prestation professionnelle : touche à la qualité des soins, des services et des conseils prodigués par les professionnels rencontrés par le client (fiabilité, responsabilisation, apaisement, solidarisation)
- L'organisation des soins et des services : touche à la qualité de l'environnement et du contexte dans lequel les services ou les soins sont dispensés (simplicité, continuité, rapidité, confort).

Le CQA fournit à l'organisation, 8 à 10 mois avant la visite, les résultats détaillés du sondage clientèle. Elle a ainsi l'opportunité de travailler sur les indicateurs ou les dimensions de qualité nécessitant des améliorations et les visiteurs, pendant la visite, examineront les principaux résultats et les progrès réalisés.

(2) Horowitz, J. (2000)

(3) Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, 1996

(4) Les trois indicateurs recouvrant les douze dimensions de la qualité ont été identifiés par le CQA à partir de groupes de discussion formés d'utilisateurs des services de santé et des services sociaux. Ces rencontres se renouvellent habituellement aux trois ans afin de vérifier et d'ajuster, au besoin, le concept de qualité des services, tel que perçu par les utilisateurs du réseau des services de santé et de services sociaux.

Clientèle hébergement :

Comparaison du degré de conformité aux attentes et aux besoins de la clientèle hébergée du CSSS-IUGS 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	87,00	86,00	88,00	86,00	84,00	87,00
VERT	Prestation professionnelle	86,00	85,00	88,00	84,00	82,00	85,00
JAUNE	Organisation des services	83,00	83,00	85,00	83,00	81,00	85,00

Clientèle CH et CLSC :

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 956			Autres établissements du Québec n = 11087		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
VERT	Relation avec le client	92,00	91,00	93,00	89,00	88,00	91,00
JAUNE	Prestation professionnelle	89,00	88,00	90,00	87,00	86,00	90,00
VERT	Organisation des services	87,00	86,00	88,00	84,00	80,00	85,00

Annexe A Processus prioritaires

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
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.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
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.