

Agrément Canada  
Conseil québécois d'agrément

## Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska

Granby, QC

*Dates de la visite d'agrément : 11 au 16 mai 2014*

*Date de production du rapport : 6 juin 2014*



**AGRÉMENT CANADA**  
**ACCREDITATION CANADA**

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

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

## Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska (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 mai 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



Sean P. Clarke  
Président

## Table des matières

<b>1.0 Sommaire</b>	<b>1</b>
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	18
<b>2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>19</b>
<b>3.0 Résultats détaillés de la visite</b>	<b>21</b>
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	22
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	22
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	23
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	24
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	25
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	26
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	27
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	28
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	29
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	30
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	32
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	33
3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	35
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Populations d'enfants et de jeunes</i>	35
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Populations mère-enfant</i>	36
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Populations vivant avec le cancer</i>	37
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	38
3.3.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	39
3.3.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées</i>	41
3.3.3 <i>Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</i>	47
3.3.4 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	49
3.3.5 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	51
3.3.6 <i>Ensemble de normes : Services d'obstétrique</i>	54

3.3.7 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux	57
3.3.8 Ensemble de normes : Services de médecine	59
3.3.9 Ensemble de normes : Services de réadaptation	64
3.3.10 Ensemble de normes : Services de santé communautaire	66
3.3.11 Ensemble de normes : Services de santé mentale	68
3.3.12 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	71
3.3.13 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	73
3.3.14 Ensemble de normes : Services de soins intensifs	78
3.3.15 Ensemble de normes : Services des urgences	81
3.3.16 Ensemble de normes : Services palliatifs et services de fin de vie	84
3.3.17 Ensemble de normes : Services transfusionnels	87
3.3.18 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	89
3.3.19 Ensemble de normes : Soins et services à domicile	92
3.3.20 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	95
<b>4.0 Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>97</b>
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	97
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	101
4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	103
4.4 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	104
4.5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)	106
<b>Annexe A Processus prioritaires</b>	<b>108</b>

## Section 1 Sommaire

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

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

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

### 1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

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

## 1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 11 au 16 mai 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 de Waterloo
- 2 Centre d'hébergement Leclerc
- 3 Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture
- 4 Centre d'hébergement Villa Bonheur
- 5 Centre d'hébergement Vittie-Desjardins
- 6 Centre Laurier
- 7 Centre Providence
- 8 CLSC Notre-Dame
- 9 CLSC St-Joseph
- 10 CLSC Waterloo
- 11 CLSC Yvan-Duquette
- 12 Hôpital de Granby

- **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 Gestion des médicaments
- 4 Prévention des infections

***Normes portant sur des populations spécifiques***

- 5 Populations d'enfants et de jeunes
- 6 Populations mère-enfant
- 7 Populations vivant avec le cancer

***Normes sur l'excellence des services***

- 8 Normes relatives aux salles d'opération
- 9 Services de chirurgie
- 10 Services de soins intensifs

- 11 Services des urgences
- 12 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 13 Soins et services à domicile
- 14 Soins ambulatoires
- 15 Services de santé communautaire
- 16 Services d'imagerie diagnostique
- 17 Services palliatifs et services de fin de vie
- 18 Services de soins de longue durée
- 19 Services de médecine
- 20 Services de réadaptation
- 21 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 22 Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer
- 23 Services d'obstétrique
- 24 Services de santé mentale
- 25 Services transfusionnels
- 26 Services de laboratoires biomédicaux
- 27 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables

- **Outils**









L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance
- 2 Sondage sur la culture de sécurité des patients
- 3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur
- 4 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)
- 5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)



### 1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	136	6	0	142
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	143	4	1	148
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	654	80	25	759
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	217	1	2	220
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	304	19	6	329
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	94	0	2	96
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	1031	111	29	1171
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	83	2	2	87
<b>Total</b>	<b>2662</b>	<b>223</b>	<b>67</b>	<b>2952</b>

## 1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur la gouvernance	43 (97,7%)	1 (2,3%)	0	33 (100,0%)	0 (0,0%)	1	76 (98,7%)	1 (1,3%)	1
Normes sur le leadership	43 (95,6%)	2 (4,4%)	1	81 (95,3%)	4 (4,7%)	0	124 (95,4%)	6 (4,6%)	1
Prévention des infections	46 (92,0%)	4 (8,0%)	3	36 (85,7%)	6 (14,3%)	2	82 (89,1%)	10 (10,9%)	5
Gestion des médicaments	69 (95,8%)	3 (4,2%)	6	59 (98,3%)	1 (1,7%)	4	128 (97,0%)	4 (3,0%)	10
Populations d'enfants et de jeunes	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	29 (100,0%)	0 (0,0%)	0	33 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Populations vivant avec le cancer	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0	39 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Populations mère-enfant	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	29 (100,0%)	0 (0,0%)	0	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	8 (21,1%)	30 (78,9%)	0	10 (21,7%)	36 (78,3%)	2	18 (21,4%)	66 (78,6%)	2
Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	45 (100,0%)	0 (0,0%)	1	97 (100,0%)	0 (0,0%)	1	142 (100,0%)	0 (0,0%)	2

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 relatives aux salles d'opération	65 (97,0%)	2 (3,0%)	2	28 (96,6%)	1 (3,4%)	1	93 (96,9%)	3 (3,1%)	3
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	35 (92,1%)	3 (7,9%)	2	54 (94,7%)	3 (5,3%)	2	89 (93,7%)	6 (6,3%)	4
Services d'imagerie diagnostique	56 (83,6%)	11 (16,4%)	0	50 (83,3%)	10 (16,7%)	1	106 (83,5%)	21 (16,5%)	1
Services d'obstétrique	60 (98,4%)	1 (1,6%)	2	73 (98,6%)	1 (1,4%)	1	133 (98,5%)	2 (1,5%)	3
Services de chirurgie	29 (100,0%)	0 (0,0%)	1	64 (98,5%)	1 (1,5%)	0	93 (98,9%)	1 (1,1%)	1
Services de laboratoires biomédicaux	68 (98,6%)	1 (1,4%)	0	89 (91,8%)	8 (8,2%)	1	157 (94,6%)	9 (5,4%)	1
Services de médecine	23 (88,5%)	3 (11,5%)	1	58 (84,1%)	11 (15,9%)	0	81 (85,3%)	14 (14,7%)	1
Services de réadaptation	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	68 (100,0%)	0 (0,0%)	0	95 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de santé communautaire	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	55 (100,0%)	0 (0,0%)	0	68 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de santé mentale	30 (96,8%)	1 (3,2%)	1	86 (97,7%)	2 (2,3%)	0	116 (97,5%)	3 (2,5%)	1
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	17 (100,0%)	0 (0,0%)	1	109 (98,2%)	2 (1,8%)	1	126 (98,4%)	2 (1,6%)	2
Services de soins de longue durée	19 (79,2%)	5 (20,8%)	0	63 (87,5%)	9 (12,5%)	0	82 (85,4%)	14 (14,6%)	0
Services de soins intensifs	29 (100,0%)	0 (0,0%)	1	83 (92,2%)	7 (7,8%)	3	112 (94,1%)	7 (5,9%)	4

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 des urgences	30 (100,0%)	0 (0,0%)	1	92 (98,9%)	1 (1,1%)	2	122 (99,2%)	1 (0,8%)	3
Services palliatifs et services de fin de vie	28 (100,0%)	0 (0,0%)	1	97 (95,1%)	5 (4,9%)	3	125 (96,2%)	5 (3,8%)	4
Services transfusionnels	61 (92,4%)	5 (7,6%)	5	55 (87,3%)	8 (12,7%)	3	116 (89,9%)	13 (10,1%)	8
Soins ambulatoires	31 (96,9%)	1 (3,1%)	6	73 (100,0%)	0 (0,0%)	2	104 (99,0%)	1 (1,0%)	8
Soins et services à domicile	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	50 (96,2%)	2 (3,8%)	0	90 (97,8%)	2 (2,2%)	0
<b>Total</b>	<b>926 (92,7%)</b>	<b>73 (7,3%)</b>	<b>35</b>	<b>1656 (93,3%)</b>	<b>118 (6,7%)</b>	<b>30</b>	<b>2582 (93,1%)</b>	<b>191 (6,9%)</b>	<b>65</b>

\* 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Abréviations dangereuses (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services d'obstétrique)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de chirurgie)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
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)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services palliatifs et services de fin de vie)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins et services à domicile)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de laboratoires biomédicaux)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Non Conforme	0 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 santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Deux identificateurs de client (Services transfusionnels)	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
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0



Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale)	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 (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services palliatifs et services de fin de vie)	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 (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information (Services de réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de 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
Transfert de l'information (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de 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 (Services de soins intensifs)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services palliatifs et services de fin de vie)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	0 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Services de réadaptation)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de santé mentale)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services palliatifs et services de fin de vie)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de chirurgie)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Non Conforme	2 sur 3	1 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 des plaies de pression (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services palliatifs et services de fin de vie)	Non Conforme	1 sur 3	1 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention du suicide (Services de santé mentale)	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 chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de soins intensifs)	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 CSSS de la Haute-Yamaska est un établissement qui se distingue par sa capacité à innover et à mettre en place des mesures concrètes qui ont contribué au cours des dernières années à atteindre un niveau de performance digne de mention. Les membres du conseil d'administration sont tous très engagés et fiers de voir les résultats allant toujours en s'améliorant. Les suivis rigoureux font partie d'une culture de la mesure instaurée à tous les niveaux de l'organisation.

Les dirigeants du CSSS de la Haute-Yamaska se veulent proches de leurs gens et au cours des dernières années se sont dotés d'une philosophie qui veut que les actions suivent les engagements. Les différentes instances sont d'ailleurs unanimes à reconnaître le lien de confiance qui s'est établi au sein de l'établissement.

Les équipes ont par ailleurs une bonne connaissance des besoins de la clientèle et l'étendue des services est ajustée en fonction de ces besoins. À cet égard, le CSSS se démarque particulièrement par un ancrage solide dans sa communauté, créant de véritables liens de collaboration. Les partenaires des secteurs hospitaliers et communautaires sont invités à faire partie du continuum de soins et services, à participer aux discussions, ainsi qu'à la coordination des services. Les trajectoires de soins et de services avec les partenaires sont fluides, bien définies et appuyées par de bons outils de travail.

Au niveau des ressources humaines, lors de notre passage dans les différents secteurs d'activités, nous avons rencontré des employés accueillants et fiers. Les programmes sont basés sur des lignes directrices et guides de bonnes pratiques permettant une dispensation de soins sécuritaires. Une restructuration est par ailleurs en cours dans le but de fournir au personnel, aux bénévoles et aux gestionnaires un milieu de travail stimulant, la formation appropriée, des outils ainsi que le soutien nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. Nous saluons d'ailleurs les initiatives visant à rapprocher les gestionnaires de leur personnel en les dégageant de certaines responsabilités. Le recrutement et la rétention pour certains titres d'emploi demeurent une préoccupation et une cible d'amélioration.

D'autre part, les résultats du sondage sur la satisfaction de la clientèle du CSSS témoignent d'une satisfaction élevée des usagers en regard du respect, du professionnalisme et de la relation du personnel avec l'utilisateur. Les usagers rencontrés lors de notre passage ont confirmé leur appréciation, sauf pour le délai d'attente dans certains secteurs. Le comité des usagers est également actif et la relation entre eux et l'établissement est positive et empreinte de respect. Les insatisfactions sont traitées et la gestion des plaintes se fait de façon rigoureuse.

Les défis demeurent cependant nombreux pour la gouverne et l'équipe de direction pour les années à venir. L'enjeu majeur demeure l'accessibilité aux services médicaux, entraînant des coûts élevés tant au plan humain que financier. On note chez les médecins rencontrés, en plus du partage d'une vision commune avec les dirigeants, un dynamisme et un réel intérêt à voir la situation s'améliorer. Nous ne pouvons qu'encourager la poursuite d'actions concertées pour améliorer la situation en regard notamment du nombre croissant d'utilisateurs sans médecin de famille.

Le dynamisme et la passion de la haute direction, les valeurs mises de l'avant et le souci constant de la qualité devront continuer de servir d'appui pour prendre les décisions qui s'imposent, afin d'être en mesure de répondre aux besoins spécifiques de la population, dans un contexte de transformation et de ressources somme toute limitées.

## 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité</b> L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services d'imagerie diagnostique 15.7</li> </ul>
<p><b>Deux identificateurs de client</b> L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de soins de longue durée 8.8</li> <li>Services de médecine 9.8</li> <li>Services de réadaptation 9.8</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de santé mentale 10.6</li> <li>Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 12.4</li> <li>Soins et services à domicile 6.8</li> <li>Services de chirurgie 7.14</li> <li>Services de soins de longue durée 7.5</li> <li>Services de réadaptation 7.5</li> <li>Services palliatifs et services de fin de vie 7.9</li> <li>Services des urgences 8.4</li> <li>Soins ambulatoires 8.4</li> <li>Services d'obstétrique 9.6</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<p><b>Formation sur les pompes à perfusion</b> Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace sur les divers types de pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de soins intensifs 4.4</li> <li>Services d'obstétrique 4.5</li> <li>Soins et services à domicile 4.6</li> <li>Services palliatifs et services de fin de vie 4.7</li> </ul>



Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Programme de gérance des antimicrobiens</b> L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier ou des soins continus complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des médicaments 2.3</li> </ul>
<p><b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b></p>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b> L'organisme met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de réadaptation 15.2</li> <li>• Services d'imagerie diagnostique 15.6</li> <li>• Services palliatifs et services de fin de vie 16.2</li> <li>• Services de santé mentale 16.5</li> <li>• Soins ambulatoires 17.2</li> <li>• Services d'obstétrique 18.2</li> <li>• Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 21.2</li> <li>• Soins et services à domicile 8.8</li> </ul>
<p><b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b></p>	
<p><b>Prévention des plaies de pression</b> L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de chirurgie 7.9</li> <li>• Services palliatifs et services de fin de vie 8.5</li> <li>• Services de médecine 9.4</li> </ul>
<p><b>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile</b> L'organisme effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour les clients qui reçoivent des services à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins et services à domicile 8.1</li> </ul>
<p><b>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)</b> L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de médecine 7.4</li> </ul>

### Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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



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

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

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

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

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

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


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

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

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

#### 3.1.1 Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur la gouvernance</b>	
13.7 Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.	

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

Le conseil d'administration est composé de membres dynamiques et compétents qui font preuve d'engagement et d'implication à tous les niveaux. Les rôles et responsabilités de chacun sont compris, bien assumés et s'exercent de façon complémentaire avec l'équipe de direction de l'organisme. Le climat dans l'équipe de la gouverne se caractérise par l'ouverture et la transparence de façon à ce que chacun puisse s'exprimer et recevoir le cas échéant le soutien dont il a besoin pour être capable de contribuer à sa pleine mesure. On note une très grande fierté de la part des membres devant la progression des résultats et de la performance de l'établissement au cours des dernières années. Très soucieux du bien-être du personnel et de la clientèle, de nombreux efforts sont consentis pour assurer la sécurité et la qualité des soins et des services. Les membres du conseil reçoivent par ailleurs les informations et les données nécessaires, en temps requis, leur permettant de prendre des décisions éclairées pour assurer le bon rendement de l'organisme, notamment au plan des ressources matérielles et financières.

Quelques défis demeurent pour faire face à l'accroissement des besoins d'une population vieillissante ou aux prises avec des problèmes de santé de plus en plus complexes. En premier lieu, celui de l'accessibilité aux services médicaux et à certains services spécialisés. Par ailleurs, la priorité accordée aux travaux d'optimisation dans tous les secteurs, l'intégration des procédés de gestion des risques, un plan de relève des personnes clés et compétentes, et surtout le maintien du souci constant de la qualité et la sécurité à tous les niveaux constituent des leviers importants en appui aux dirigeants dans l'atteinte des buts stratégiques et opérationnels de l'établissement.

### 3.1.2 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
1.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre des politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers.	

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

La planification stratégique actuelle 2011-2015, ses enjeux et axes d'interventions prioritaires ont fait l'objet initialement de nombreuses consultations et séances d'informations auprès des partenaires, du personnel et des principales instances. Bien que la vision et les valeurs aient été bien définies, on note une difficulté au niveau de la diffusion et de l'appropriation des valeurs par le personnel. Une nouvelle démarche est amorcée pour cerner les changements et les nouvelles réalités, et pour ajuster le plan stratégique, les objectifs et les buts en collaboration avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration. Ainsi, la promotion de la santé et la prévention constituent des priorités qui devraient se retrouver sous forme de buts stratégiques au cours des prochaines années, en l'occurrence au sein de la planification stratégique 2015-2020.

Les dirigeants demeurent vigilants et prennent les moyens pour rencontrer les défis qui s'annoncent pour les prochaines années notamment le vieillissement de la population, l'augmentation de certaines clientèles telles la santé mentale et les jeunes en difficulté. Le développement de ressources non institutionnelles demeure une stratégie mise de l'avant pour faire en sorte que l'utilisateur se retrouve au bon endroit, et reçoive les services adaptés à ses besoins.

Plusieurs projets de réingénierie des processus ont par ailleurs permis de réviser et d'optimiser de nombreux services et processus de soins, notamment dans le secteur du soutien à domicile.

### 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)

Grâce à une série d'analyses, de mesures de suivi et de contrôle mis en place par la direction des ressources financières et informationnelles, l'établissement présente non seulement un équilibre budgétaire, mais réussit également à se dégager une marge de manœuvre afin de mettre en œuvre des projets laissés en suspens. L'équipe des finances et de l'informatique se sont ainsi dotées d'outils standardisés qui permettent une gestion rigoureuse des ressources, dont une gestion par unité administrative, permettant de redistribuer les surplus vers les services qui en ont besoin. Toute demande de développement, achat ou surcroît doit obtenir l'autorisation du comité budget, permettant à l'équipe de conserver une vision globale des besoins dans l'établissement. Les principes d'équité et d'intégrité guident les dirigeants dans l'allocation des ressources, ceci dans le but d'améliorer les services et l'accès aux soins. Le service des finances offre par ailleurs de la formation et du soutien aux gestionnaires notamment pour la gestion d'enveloppes dédiées. Un des objectifs consiste d'ailleurs à amener les personnes à mieux comprendre les outils et à s'en servir de façon optimale. En collaboration avec le secteur informatique, le service doit toutefois poursuivre ses travaux d'harmonisation au niveau de la saisie des intrants et de la standardisation des bases de données au sein de l'établissement.

### 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
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
10.7 L'organisme définit par écrit les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des usagers.	<b>!</b>
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'équipe des ressources humaines est une équipe dynamique, nouvellement formée, qui a établi de nombreux constats quant aux possibilités d'amélioration du secteur. Dans un contexte de restructuration du service, plusieurs processus font l'objet d'une révision notamment la gestion des assignations, le plan de relève des cadres, le processus de cueillette d'information et de planification annuelle, la dotation, le soutien et la mobilisation du personnel.

L'accompagnement et le soutien aux gestionnaires et au personnel pour faire face aux changements ainsi que l'instauration d'une gestion de proximité pour les cadres demeurent parmi les défis importants à relever pour l'équipe des ressources humaines.

L'enseignement et la recherche, ainsi qu'un programme d'accueil aux stagiaires démontrent l'importance accordée par les dirigeants pour le maintien à jour de leurs connaissances et des pratiques leur permettant de suivre les courants actuels autant sur le plan de la technologie qu'au niveau des services offerts.

L'équipe des ressources humaines poursuit l'objectif de créer une stabilité, une cohésion et un sentiment d'appartenance au niveau des équipes de travail. La capacité d'apprécier le rendement de son personnel de façon régulière demeure une préoccupation et une cible d'amélioration.

Le plan de déploiement du système de management en santé et sécurité au travail (SMSST) fait également partie des réalisations gagnantes de l'équipe.

### 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
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
12.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue l'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques et apporte les améliorations nécessaires.	
15.10 L'organisme surveille sa culture de sécurité des usagers en ayant recours au Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers. 15.10.2 L'organisme a pris des mesures en réaction aux derniers résultats du Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Depuis quelques années, les fonctions de gestion de la qualité et de gestion des risques ont été ramenées dans une même fonction et sous une même direction, favorisant ainsi l'intégration des composantes de la qualité et de la sécurité.

Dans une philosophie de développement d'une culture de la mesure, le personnel d'encadrement évalue actuellement l'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques de façon à y apporter des améliorations, et favoriser son appropriation par les équipes.

Une matrice des risques pour la sécurité des usagers est disponible dans le cadre du programme de système de management en santé et sécurité au travail. Il ressort de cela que 12 % de l'ensemble des risques identifiés dans l'établissement sont en lien direct avec la sécurité des usagers. Les plans d'amélioration sont en cours d'élaboration, et plusieurs actions ont été posées en vue d'améliorer les processus en place notamment le système de gestion des alertes médicales, et les nombreux projets Lean qui font partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité.

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

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

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

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

Le comité d'éthique clinique est un comité consultatif actif constitué de personnes en provenance de divers milieux de soins et services, accompagné d'une éthicienne et d'une avocate. Les modalités de fonctionnement et les activités du comité s'appuient sur un cadre conceptuel qui regroupe les valeurs, les fondements éthiques et les stratégies nécessaires pour effectuer les réflexions et les interventions appropriées. Les moyens à mettre en place pour améliorer leur visibilité et rejoindre davantage les gens sur le terrain demeurent toutefois un défi important. Au cours de la prochaine année, les membres du comité prévoient par ailleurs développer une réflexion éthique autour de la clientèle âgée en perte d'autonomie.



### 3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

La direction de l'organisme démontre son engagement et son expertise dans la mise en oeuvre de pratiques qui favorisent une communication efficace, tant à l'interne qu'avec les partenaires extérieurs. Quoique restreinte, l'équipe se veut proactive, créative et mobilisatrice. Tous les processus de travail ont été documentés et révisés et les procédures ont été standardisées. Parmi les projets en cours, l'équipe travaille en étroite collaboration avec le service informatique pour finaliser le site Intranet afin de permettre au personnel d'être mieux outillé et de mieux communiquer.

Une autre collaboration s'effectue avec les ressources humaines pour favoriser la mobilisation des personnes. Mais malgré la diversité des moyens de communication, le défi consiste à faire circuler les bons messages, avec constance, à tous les paliers de l'organisation. Parmi les bons coups, notons l'idée ingénieuse de se servir du fond d'écran pour transmettre un bref message. Par ailleurs, l'équipe des communications souhaite toujours améliorer sa visibilité auprès de la population et des partenaires de la communauté. De nouvelles stratégies sont en élaboration pour mieux faire connaître l'établissement et son offre de service.

### 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 programme de matrice de risques est un outil d'identification et de suivis très bien élaboré pour la gestion des risques, améliorant la sécurité des usagers et des employés. Le plan d'action qui en découle et sa priorisation sont des éléments clés pour offrir un environnement physique conforme et adapté aux usagers et membres du personnel.

Les différents travaux relatifs à la sécurité des employés aux services techniques, notamment les zones de dégagement près des appareils, sont notables ainsi que les procédures de cadenassage des appareils et des équipements.

Au niveau de l'entretien préventif des équipements, les procédures sont mises en places et appliquées, toutefois la formalisation des processus et des grilles de suivis/audits ne sont pas implantées de manière uniforme.

L'équipe déléguée au service technique est dédiée à atteindre les objectifs fixés et les installations et les locaux sont entretenus avec rigueur et vigueur.

Le programme de gestion des déchets est bien implanté et l'organisme a un souci constant pour diminuer l'impact de ses activités (déchets, recyclage et récupération) sur l'environnement.

Le CSSS de la Haute-Yamaska met en œuvre des plans, incluant les services d'appoint, pour réduire l'impact des pannes des services publics sur la santé et la sécurité des usagers et du personnel.

Les membres des services techniques effectuent des tournées régulièrement pour s'assurer de la sécurité et identifier des zones de risques qui méritent une attention immédiate. Toutefois, il serait plus approprié et pertinent que les gestionnaires des départements cliniques et administratifs soient davantage impliqués lors de ces tournées. Un programme de formation pour ces gestionnaires est souhaitable.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
14.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un plan de communication en cas d'urgence.	
14.11 Lorsque surviennent des sinistres ou des urgences, le personnel d'encadrement de l'organisme offre au personnel, prestataires de services, bénévoles, usagers et à la communauté la possibilité d'obtenir du soutien et de faire le bilan.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'équipe qui gère les mesures d'urgence a accompli un travail important depuis la visite de 2011. Elle a rapidement apporté les correctifs nécessaires pour pallier les lacunes identifiées. Il est noté que la formation du personnel a principalement été actualisée au niveau des centres de soins de longue durée. La portion des employés et des intervenants œuvrant au centre hospitalier et dans les CLSC demeure fragile et mérite une attention immédiate.

Depuis 2011, il est noté la mise en place d'un nombre important de comités qui gèrent les situations d'urgence; que ce soit le comité du code vert, code rouge, etc. Toutefois, il n'existe pas de comité central des mesures d'urgence qui voit au déploiement et à la planification des différentes actions à mettre en œuvre, hormis le comité de direction qui approuve les plans d'action préparés par la gestionnaire responsable de ce volet. La création et l'animation d'un tel comité permettraient d'avoir une vision plus globale des actions à entreprendre et une meilleure concertation des activités de formation et des budgets afférents.

Lors des incidents survenus dans les dernières années (fuite de gaz dans un CHSLD, début d'incendie dans une installation), on n'a pas trouvé de preuves que l'organisme faisait une séance de rétroaction de l'évènement ou un retour avec les intervenants touchés, pour apporter ultérieurement des modifications. Toutefois, les responsables mettent à jour les plans de mesures d'urgence en fonction des expériences vécues. Quand surviennent des situations urgentes (code brun, code orange, etc.), des comptes rendus des événements sont rédigés et des séances de « débriefing » sont tenues pour dégager des pistes d'amélioration, si requises.

Au niveau du plan de continuité des affaires, l'ensemble des plans qui touchent la clientèle est bien documenté et complet. Toutefois, on ne retrouve aucun plan de cette nature pour les services auxiliaires, tels le service de l'alimentation, les services administratifs et les services de soutien.

Il est aussi important de noter que les plans de formation, les suivis et toute la planification des exercices sont exécutés avec diligence et un souci du détail marqué. Les guides d'intervention en mesure d'urgence, disponibles sur toutes les unités cliniques et administratives, facilitent grandement les membres du personnel à agir rapidement et de manière sécuritaire. Ces guides ont même été élaborés en respectant la vocation de chaque installation pour mieux répondre au besoin précis des clientèles et des risques inhérents en matière de mesures d'urgence.

Afin d'ancrer davantage les outils mis en place depuis les dernières années, il est important de planifier une série d'audits pour s'assurer de la rigueur d'application de ces derniers ainsi que du taux de conformité aux différentes normes mises en place. De ce fait, on a constaté que plusieurs grilles de surveillance sont mises en place et qu'il n'existe pas de processus pour veiller à leur intégralité ou même leur utilisation (ex. : chariots pour les codes bleus et codes roses).

### 3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération</b>	
11.5 L'équipe de la salle d'opération communique avec les clients ou les prestataires de services de suivi pour aider à évaluer l'efficacité de la chirurgie et le transfert postchirurgical, et pour apporter des améliorations à ses services, s'il y a lieu.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<p>La présence de l'équipe de coordination des lits et d'organisation des congés (ECLOC) au sein de l'organisation représente un moyen efficace pour prévenir l'engorgement de l'urgence, coordonner les admissions et les congés. Cette intervention favorise également la communication et la collaboration interservices dans le but de promouvoir une saine gestion des lits et améliorer l'accessibilité et la fluidité dans la trajectoire de l'utilisateur.</p>	

### 3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération</b>	
13.6 L'équipe vérifie qu'un avis clair, daté et signé décrivant la réparation ou l'achat est apposé à toute pièce d'équipement chirurgical et à tout appareil médical qui est retourné à la salle d'opération après une réparation ou un remplacement.	!
<b>Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables</b>	
3.3 Le service de retraitement des appareils médicaux est conçu de manière à empêcher la contamination croisée de l'équipement ou des appareils, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les différentes aires de travail.	!
3.4 Le service de retraitement des appareils médicaux comporte des secteurs précis et fermés pour la décontamination, lesquels sont séparés des autres secteurs de retraitement et du reste de l'organisme.	!
3.6 Pour les planchers, les murs, les plafonds, les installations fixes, la tuyauterie et les surfaces de travail, l'organisme choisit des matériaux qui limitent la contamination, qui facilitent le nettoyage et la décontamination et qui ne répandent pas de particules ou de fibres.	
5.2 Les installations d'hygiène des mains du service de retraitement des appareils médicaux sont équipées de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou d'un oeil magique.	!
12.1 L'équipe dispose d'un système de la gestion de la qualité consigné pour ses services de retraitement et de stérilisation, qui intègre les principes de l'appréciation de la qualité, de la gestion des risques et de l'amélioration continue.	
12.2 Dans le cadre du système de la gestion de la qualité, l'équipe effectue une vérification annuelle des activités de retraitement et de stérilisation et elle produit des rapports officiels à la haute direction de l'organisme.	
<b>Ensemble de normes : Prévention des infections</b>	
12.8 L'organisme consigne les désinfections en précisant l'instrument traité et le désinfectant utilisé.	
12.9 L'organisme transporte les articles contaminés vers l'unité de retraitement dans un contenant approprié.	!

Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

8.6	Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux clients.	!
8.7	Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!

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

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

Le processus d'achat a été revu selon une approche LEAN. Chaque étape est maintenant documentée permettant d'identifier rapidement le cheminement de la demande d'achat. L'ensemble des formulaires papier a été éliminé et remplacé par des formulaires électroniques.

L'inventaire et la saisie des équipements sont complétés et la compatibilité des logiciels, inventaire/achat, permettra une mise à jour constante des données.

L'information quant à l'entretien préventif est facilement accessible de même que celle relative aux activités correctives effectuées.

L'implication de l'équipe de GBM est importante et une collaboration bien établie avec le service d'approvisionnement.

Une mise à niveau des normes a été effectuée dans le service de retraitement lors des dernières années. Plusieurs processus entourant le retraitement et la stérilisation ont été revus et corrigés. Une importante documentation entourant les pratiques opérationnelles a été produite et est facilement accessible sur support informatique.

Un projet d'envergure, de réaménagement et de modernisation des équipements est en cours et se concrétisera à court terme. Ces travaux permettront entre autres de corriger plusieurs lacunes en lien avec l'environnement physique.

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

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

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

#### Gestion des maladies chroniques

- Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.

#### Santé et bien-être de la population

- Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population

L'équipe consulte les enfants, les jeunes et les familles qu'elle dessert et détermine leurs besoins. Elle travaille en étroite collaboration avec la commission scolaire et le centre jeunesse afin de bien cerner les différentes problématiques et trouver ensemble des pistes d'actions. Une personne ressource représentant l'organisation et un vis-à-vis représentant la commission scolaire a permis des avancées importantes dans l'intégration de « L'Approche-école en santé ». L'équipe profite de sa présence sur les tables de concertation pour faire valoir les services disponibles. Elle est aussi soucieuse de mettre en place des mesures pour éviter que la clientèle vulnérable en jeunesse ne tombe entre deux chaises. La qualité des services rendus est au coeur des préoccupations de l'équipe. Une très belle collaboration avec les partenaires.

Des efforts sont actuellement déployés pour augmenter le maillage entre l'urgence et l'équipe enfance jeunesse.

Les plans d'action sont élaborés. Les moyens sont en place pour atteindre les objectifs ciblés. La mesure des résultats est toutefois à bonifier.



### 3.2.2 Ensemble de normes : Populations mère-enfant

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	
<p>L'équipe est très engagée et mobilisée. Elle s'investit auprès de sa clientèle et s'assure régulièrement à l'aide de sondage que les services offerts correspondent aux besoins de la clientèle qu'elle dessert. La mise en place d'un projet Lean à la vaccination a contribué très positivement à la mise en place de moyens concrets pour vacciner la clientèle dans les délais prescrits. L'équipe travaille étroitement avec les partenaires et organismes communautaires sur plusieurs projets par exemple, l'opération de vérification des sièges d'auto « Je tisse des liens gagnants ».</p>	

### 3.2.3 Ensemble de normes : Populations vivant avec le cancer

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques</b>	
<p>Le service d'oncologie est constitué d'une équipe interdisciplinaire dédiée qui intervient auprès de la population vivant avec le cancer, et qui bénéficie d'une collaboration exceptionnelle avec les partenaires de la communauté. Des corridors de service sont en place avec les centres hospitaliers de 2e ligne et un partenariat est bien établi avec la Société canadienne du cancer. Le soutien et la collaboration avec Réseau cancer Montérégie favorisent le maintien des compétences du personnel en plus de permettre un réseautage pour les échanges d'informations avec les autres organismes. Bien que la collaboration avec les médecins soit excellente, l'arrimage avec les médecins de famille demeure un défi dans le contexte où plusieurs usagers n'en ont pas. À souligner par ailleurs le dynamisme de l'équipe et l'excellente collaboration avec les partenaires à l'interne, notamment le soutien à domicile et les services ambulatoires et hospitaliers, favorisant le soutien pour l'utilisateur et ses proches tout au long du continuum de soins.</p>	

### 3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

#### 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.

#### Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

- 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.

#### 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.

#### 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.

#### 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.

#### Interventions chirurgicales

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

## Services de diagnostic - Imagerie

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





## Services de diagnostic - Laboratoire

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

## Services transfusionnels

- Services transfusionnels

### 3.3.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
<p>2.3 L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens.</p> <p>Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier ou des soins continus complexes.</p> <p>2.3.1 L'organisme met en oeuvre un programme de gérance des antimicrobiens.</p> <p>2.3.5 L'organisme établit des mécanismes pour évaluer le programme de façon continue et partage les résultats avec les parties concernées à l'interne.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>
8.2 L'organisme dispose d'une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système informatique de la pharmacie.	
8.4 L'organisme teste régulièrement le système informatique de la pharmacie pour s'assurer que les alertes incluses dans le système fonctionnent bien.	
11.2 L'organisme dispose d'une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes.	
22.5 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	

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

### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Depuis la dernière visite, des améliorations importantes ont été apportées au service de pharmacie. Le réaménagement des espaces et locaux réservés aux préparations stériles des médicaments dangereux et non dangereux permet maintenant d'assurer à la fois la protection du manipulateur et préserver la stérilité du produit.

La pénurie de pharmaciens, quoique toujours préoccupante, sera sous peu amoindrie par l'arrivée prochaine de trois nouveaux pharmaciens.

Trois comités sont en place, le comité de pharmacologie, le comité des pratiques professionnelles et le comité d'administration sécuritaire des médicaments. Chacun d'eux est tenu selon des calendriers établis et se partage, selon leur mandat, l'ensemble des processus relatifs à la gestion de la pharmacothérapie. La présence de la chef du département de pharmacie à ces comités est à souligner de même que la contribution des différentes directions notamment celle des soins infirmiers.

Plusieurs documents ont été élaborés ou mis à jour dans la dernière année. La diffusion de certains d'entre eux reste à faire de même que quelques audits afin de s'assurer de leur appropriation par les utilisateurs.

Un programme de gérance des antimicrobiens est élaboré. Malgré des échanges concluants entre le directeur des services professionnels (DSP), la pharmacienne-chef et le microbiologiste infectiologue, la mise en œuvre n'est toutefois pas complétée. En outre, la pharmacie participe à un projet pilote pour l'implantation d'un système de surveillance informatisé de la prescription d'antimicrobiens.

Une quantité importante d'informations en regard de la pharmacothérapie est disponible sur les unités de soins. Très utilisé par le personnel, il sera important de mettre en place un processus pour s'assurer de sa mise à jour. L'ajout d'un support informatique pour cette source d'information est à envisager.

Plusieurs cabinets sont décentralisés dans l'ensemble des unités. Les ordonnances sont numérisées et plusieurs ordonnances préimprimées ou protocoles sont disponibles diminuant ainsi le risque d'erreur. Le suivi des rapports liés aux médicaments est bien implanté.

**3.3.2 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées**

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>	
1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
1.7 L'organisme dispose d'une procédure opératoire normalisée (PON) qui définit clairement les rôles et les responsabilités de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.4.	
2.1 L'organisme dispose du bon agencement d'effectifs, en nombre adéquat, pour réaliser les ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.1.	
2.4 L'organisme dispose d'une politique pour éviter un conflit d'intérêts entre les entreprises qui offrent des fournitures servant aux ADBD, les clients et les cliniciens.	
3.1 L'organisme offre à tous ceux qui effectuent une ADBD une orientation et une formation sur les procédures opératoires normalisées (PON).	
3.2 Celui qui effectue une ADBD reçoit de la formation continue et du perfectionnement. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15.	
3.3 L'organisme évalue chaque année le rendement de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.4 Dans le cadre de l'évaluation de son rendement, celui qui effectue une ADBD doit régulièrement fournir des preuves de ses compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement de celui qui effectue une ADBD.	
4.1 L'organisme dispose d'une PON pour chaque ADBD qu'il effectue sur place.	
4.2 Chaque PON contient le titre, l'objectif de la PON, le nombre de pages, un numéro d'identification unique, la date d'entrée en vigueur et des révisions, la signature de la ou des personnes qui ont accordé l'autorisation et la date à laquelle l'autorisation a été signée, un plan détaillé des étapes à suivre, et le nom de la personne responsable de vérifier, de réviser et d'autoriser la PON.	

4.3	Chaque PON contient l'objectif et les limites de l'analyse, les instructions étape par étape sur la façon d'effectuer l'analyse et d'utiliser les appareils nécessaires de manière adéquate, les valeurs de référence des résultats, y compris les valeurs critiques, les critères concernant l'acceptation ou le rejet des échantillons, les procédures de contrôle de qualité ainsi que les références documentaires.	
4.5	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD informe et s'assure que celui qui effectue une ADBD est formé avant qu'une nouvelle PON ou une PON révisée soit mise en oeuvre.	
4.6	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD revoit et évalue annuellement l'efficacité des PON, et ajuste les PON, les activités de formation ou les processus de contrôle, au besoin.	
4.7	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD revoit les PON à la suite d'un accident, ou d'un incident évité de justesse ou d'un événement indésirable; à la suite de toute modification apportée à une loi ou à des règlements applicables; de résultats obtenus d'une vérification interne ou externe et d'autres situations définies par les politiques de l'organisme.	
4.8	L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client.	
5.3	L'organisme suit une procédure écrite pour l'installation, la validation et le calibrage de tout nouvel appareil d'ADBD.	!
5.4	L'organisme suit des procédures écrites pour entreposer, manipuler, nettoyer et désinfecter les appareils d'ADBD.	!
5.5	L'organisme vérifie périodiquement que les appareils utilisés pour les ADBD sont en bon état. Référence de la CSA : 22870:07, 5.3.2.	!
5.6	L'organisme retire tout appareil d'ADBD inapproprié, non conforme, détérioré ou qui ne correspond pas aux critères de qualité.	!
5.7	L'organisme contrôle l'utilisation des appareils d'ADBD en assignant à chaque professionnel de la santé un numéro d'identification unique.	!
5.8	L'organisme surveille et vérifie si celui qui effectue une ADBD utilise seulement le numéro d'identification unique qui lui a été assigné.	
5.9	Dans les cas où l'organisme utilise différents appareils d'ADBD pour réaliser la même procédure, le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD travaille avec le laboratoire de biologie médicale pour assurer la reproductibilité du résultat d'ADBD.	!
5.10	L'organisme prévient la réutilisation de tout matériel à usage unique servant à une ADBD.	!

5.11	L'organisme dispose d'ententes écrites et officielles avec les fabricants et les fournisseurs d'appareils servant aux ADBD, lesquelles exigent d'eux qu'ils signalent rapidement les événements indésirables ou les rappels.	!
6.1	L'organisme conserve un inventaire précis et à jour des réactifs et du matériel servant aux ADBD.	!
6.2	L'organisme désigne une personne qui est responsable de la gestion de l'inventaire des réactifs et du matériel servant aux ADBD.	
6.3	L'organisme suit une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ADBD.	!
6.4	L'organisme vérifie périodiquement que les réactifs utilisés pour les ADBD sont en bon état et non périmés. Référence la CSA : 22870:07, 5.3.2.	!
6.5	L'organisme retire sans tarder de l'inventaire les réactifs et le matériel d'ADBD inappropriés, périmés ou détériorés, ainsi que ceux qui ne correspondent pas aux critères de qualité et les met au rebut.	!
6.6	L'organisme utilise un processus standard et uniforme pour étiqueter les réactifs et le matériel.	!
7.1	Celui qui effectue une ADBD doit recevoir une requête écrite ou électronique d'un clinicien pour chaque ADBD.	!
7.2	Avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD vérifie que le clinicien s'est conformé à la marche à suivre pour demander une ADBD.	!
7.3	Lorsque l'organisme reçoit une requête verbale pour une ADBD, il dispose d'une PON pour répondre au clinicien et demander qu'il fasse parvenir une requête écrite ou électronique.	!
7.4	L'organisme utilise une requête écrite standardisée pour les ADBD qui lui permet de recueillir toute l'information nécessaire au sujet du client, des échantillons et des analyses demandées.	!
7.5	Immédiatement avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD vérifie que l'appareil d'ADBD est en bon état à l'aide d'un contrôle de qualité.	
7.6	Avant d'effectuer une ADBD, celui qui effectue une ADBD fournit au client l'information complète et précise au sujet de l'analyse.	
8.3	Avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD étiquette correctement, en présence du client, la requête et les échantillons avec les mêmes renseignements (nom de famille et prénom, date de naissance et sexe, numéro de dossier ou numéro d'assurance maladie) pour pouvoir retracer le client et l'échantillon.	!
8.4	Lorsqu'il prélève les échantillons, celui qui effectue une ADBD respecte la PON en vue de sauvegarder l'intégrité de ceux-ci et d'assurer la sécurité des clients.	!



8.6	Celui qui effectue une ADBD applique des contrôles de la qualité spécifiques à chaque appareil. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.5.3, 5.5.4.	
8.10	Celui qui effectue une ADBD consigne sur la requête la date et l'heure de l'analyse, son nom, et les résultats de l'analyse.	!
8.12	Advenant que les échantillons soient perdus ou endommagés, l'organisme signale l'incident à la personne ou aux personnes appropriées, tel que précisé dans la PON.	!
8.13	L'organisme suit des critères écrits d'acceptation et de rejet des échantillons servant aux ADBD.	!
9.1	L'organisme dispose d'une politique ou procédure normalisée et approuvée, écrite ou électronique, sur la façon de communiquer et de divulguer les résultats des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.8.2.	
9.2	Avant de communiquer les résultats des analyses, celui qui effectue une ADBD vérifie si les résultats sont conformes aux critères d'acceptabilité établis.	
9.3	Celui qui effectue une ADBD explique clairement le résultat de l'ADBD au client et lui remet un rapport écrit.	
9.4	Les professionnels de la santé suivent une procédure documentée pour communiquer les résultats des ADBD lorsque ceux-ci se situent à l'extérieur des intervalles de références pour les valeurs normales.	!
9.5	Lorsque l'organisme communique verbalement les résultats des ADBD, les résultats et les méthodes utilisées pour obtenir ces résultats doivent ensuite être consignés par écrit en précisant qu'il s'agit des résultats d'ADBD.	!
9.6	Celui qui effectue une ADBD remplit un rapport exhaustif et précis pour chaque ADBD qu'il effectue; le rapport se distingue des notes cliniques présentées dans le dossier du client.	
9.7	Celui qui effectue une ADBD rédige un rapport de façon lisible et il utilise un langage et un vocabulaire qui sont conformes aux recommandations d'organismes professionnels internationaux, nationaux ou régionaux.	
9.8	Lorsqu'il remplit le rapport d'une ADBD qui sera déposé dans le dossier du client, celui qui effectue une ADBD indique clairement que les résultats découlent d'une ADBD.	
9.10	L'organisme informe les cliniciens par écrit lorsque des ADBD n'ont pas été effectuées en raison d'échantillons inappropriés ou de difficultés techniques.	!

9.11	L'organisme archive de façon sécuritaire toutes les requêtes d'ADBD et tous les résultats d'ADBD correspondants pendant une période conforme aux lignes directrices ou règlements provinciaux.	
10.1	L'organisme dispose d'un processus d'amélioration de la qualité des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.2.2, 4.2.4.	!
10.2	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD élabore et tient à jour un manuel d'amélioration de la qualité des ADBD.	
10.3	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD communique les politiques d'amélioration de la qualité au professionnel de la santé qui effectue une ADBD et s'assure de leur bonne compréhension et de leur mise en application.	
10.4	L'organisme assure régulièrement le suivi d'un ensemble d'indicateurs de qualité.	
10.5	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD utilise l'information découlant des indicateurs pour orienter la prise de décisions et apporter des améliorations aux ADBD, et ce, en temps opportun.	
10.6	Celui qui effectue une ADBD recueille et consigne les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.	!
10.7	Celui qui effectue une ADBD consigne les données sur le contrôle de qualité des ADBD dans un registre quotidien.	!
10.8	Celui qui effectue une ADBD compare et met en corrélation régulièrement les résultats des contrôles de qualité avec un laboratoire de biologie médicale.	!
10.9	L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ADBD et obtenir de la conformité aux résultats obtenus. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.	
10.10	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD examine les données du contrôle de la qualité chaque mois et apportent des améliorations au besoin.	
10.11	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD cerne les sources potentielles de non-conformité ainsi que la source du problème, met en oeuvre et surveille les plans d'action pour empêcher, en temps opportun, qu'il y ait d'autres manques de conformité vis-à-vis des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.9.2, 4.10.3, 4.11.2, 4.11.3.	
10.12	L'organisme dispose d'un protocole pour remédier aux événements indésirables liés aux ADBD ainsi qu'aux rappels d'appareils, de réactifs ou de matériel servant aux ADBD.	!

10.13 L'organisme conserve les dossiers portant sur les résultats des contrôles de qualité et les cas de non-conformité des ADBD pendant au moins deux ans.

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


**Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées**

Un comité multidisciplinaire actif, relatif aux analyses de biologie délocalisées (ADBBD) sous la direction du Dr Bouthillier est opérationnel depuis plusieurs années. La coordonnatrice du comité, Mme Louise Boivin, est compétente et dévouée. Le comité s'occupe essentiellement des glucomètres. La formation des utilisateurs est standardisée et la coordonnatrice est responsable de la gestion des contrôles de qualité interne et externe. Les glucomètres sont utilisés de façon adéquate dans la majorité des départements. Une politique sur les analyses de biologie délocalisées a été mise à jour au cours des dernières semaines. Cette politique spécifie notamment les rôles et responsabilités des différents intervenants.

La coordonnatrice du comité des ADBBD a effectué un sondage au printemps 2014 pour établir les ADBBD utilisés au CSSS de la Haute-Yamaska. Ce sondage dénote que plusieurs ADBBD (bilirubinomètre, test de grossesse, bandelettes d'urine et les bandelettes du pH) sont utilisés au CSSS de la Haute-Yamaska. Dans la majorité des cas, ces ADBBD sont utilisés sans aucune formation des utilisateurs, ni contrôle de qualité. Cette pratique peut affecter les résultats.

L'organisme est encouragé à élargir ses activités pour inclure les autres ADBBD et de s'assurer que les ADBBD utilisés dans l'organisation répondent aux exigences relatives, entre autres, à la formation des utilisateurs, l'assurance de la qualité, au même titre que les glucomètres. De plus, le comité ADBBD devrait s'assurer qu'aucune ADBBD n'est utilisée avant d'obtenir l'approbation du comité et de se conformer aux exigences relatives aux ADBBD.

### 3.3.3 Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
<p>21.2 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p> <p>21.2.4 L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.</p> <p>21.2.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.</p>	<p></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p>
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</b>	
<p>L'équipe offre à la clientèle recevant de la chimiothérapie des soins d'une grande qualité. Un cahier de bord sert d'aide-mémoire tout au long de l'épisode de soins. Un plan de traitement est élaboré et un suivi rigoureux est effectué. L'équipe consigne au dossier tous les soins et services reçus, y compris les modifications et les ajustements apportés au plan de soins. La pharmacienne fait partie intégrante de l'équipe. Ce volet apporte un soutien important à la clientèle ainsi qu'à l'équipe de soins. Le bilan comparatif des médicaments est mis en place.</p>	

L'équipe informe sa clientèle sur l'entretien des dispositifs d'accès vasculaire et des sites de perfusion. Un dépliant est remis à la clientèle et aux proches en tout ce qui a trait aux ressources communautaires et organisationnelles supplémentaires qui sont disponibles. La présence d'une équipe interdisciplinaire bonifie l'offre de service de ce secteur d'activités. La double vérification indépendante des pompes à perfusion est faite. L'équipe utilise deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service. Le client contribue à ce processus.

Les renseignements sont bien transmis entre les prestataires de soins.

## Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe est très bien informée sur l'état de santé de sa population. Les services offerts à la clientèle en oncologie répondent bien à la mission de l'organisation. L'équipe a mis en place des objectifs mesurables pour améliorer l'efficacité des ressources, optimiser le cheminement de l'utilisateur et assurer la sécurité des traitements. Cet exercice a largement contribué à rehausser la qualité et la sécurité des soins.

## Processus prioritaire : Compétences

Les membres de l'équipe interdisciplinaire sont d'une très grande compétence clinique et d'un grand savoir-être et savoir-faire. La proximité de la pharmacienne permet à l'équipe de s'y référer en tout temps. Les membres du personnel se sentent bien outillés pour mener à bien leur travail. L'équipe bénéficie de plusieurs formations.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Beaucoup d'énergie a été investie pour permettre à l'équipe d'avoir accès à toute l'information nécessaire pour offrir une prestation de soins sécuritaire et de qualité. Régulièrement, l'équipe se réfère aux nouvelles technologies et aux systèmes d'information pour mettre en place les meilleures pratiques.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a une très grande préoccupation pour le bien-être de sa clientèle. Elle amène les correctifs lorsque requis. Les usagers peuvent en tout temps remplir un formulaire d'évaluation.

## Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'équipe suit les lignes directrices de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer. Elle gère, consigne et communique tout changement aux ordonnances de médicaments. La proximité des lieux physiques avec la pharmacie et l'excellente collaboration des divers professionnels rehausseront la qualité et la sécurité de tout ce qui a trait à l'administration de la médication. Peu d'erreurs sont faites directement liées à l'administration de la médication.

3.3.4 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
4.6 L'ensemble du personnel, des prestataires de services et des bénévoles ont accès aux politiques et procédures de l'organisme en matière de prévention des infections dans un manuel conçu à cet effet.	
5.1 L'organisme élabore un programme de formation en matière de prévention des infections qui est adapté à l'organisme, à ses services et aux clientèles qu'il dessert.	
5.2 Le programme de prévention des infections précise le rôle de chacun des membres du personnel, des prestataires de services et des bénévoles dans la prévention des infections.	
5.3 Le programme de prévention des infections porte sur les précautions personnelles et les activités à risque élevé qui ont lieu dans l'organisme.	!
5.4 Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles participent au programme de formation sur la prévention des infections au moment de leur orientation et régulièrement par la suite.	
5.5 L'organisme offre de la formation et du perfectionnement sur la prévention des infections aux partenaires, aux autres organismes et à la communauté.	
13.3 Tous les secteurs de retraitement des endoscopes sont séparés des zones de prestation de soins.	!
13.11 L'organisme range les appareils d'endoscopie de manière à réduire la contamination ou les dommages au minimum.	!

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

### Processus prioritaire : Prévention des infections

L'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) relève de la Direction des services professionnels et est constituée d'une conseillère-cadre et de deux conseillères, ce qui équivaut à 2,6 ETC. Lors de la visite, la situation est particulièrement précaire étant donné que deux postes sont non pourvus. La présence et le soutien du directeur des services professionnels (DSP) sont toutefois acquis et le recrutement est actif afin de pourvoir ces postes.

Depuis 2012, l'organisation fait face à une quatrième éclosion de diarrhée à Clostridium difficile (DCD). De plus, une éclosion d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) est en cours. La conseillère-cadre en place depuis quelques mois est très présente sur les unités touchées et s'assure de l'application des mesures additionnelles appropriées. Différents moyens ont été déployés afin de contrer les éclosions.

Un partenariat est bien établi avec la Direction de la santé publique et des échanges ont lieu fréquemment. Les assistantes au supérieur immédiat sont de plus en plus sensibilisées afin qu'elles jouent un rôle de premier plan autant au niveau de la surveillance que du contrôle des infections.

Un comité en PCI est en place depuis plusieurs années et tient environ sept rencontres par année. Le comité, composé de treize personnes, assure une représentation des directions concernées. Un comité de gestion de crise est formé à chaque éclosion et des rencontres sont tenues minimalement une fois par semaine.

Des activités de formation en PCI sont dispensées à l'ensemble du personnel lors des journées d'accueil. Une formation supplémentaire est aussi offerte au personnel infirmier. Toutefois, un calendrier offrant une formation adaptée au différent titre d'emploi pourrait être envisagé. Plusieurs documents de référence sont en élaboration et leur diffusion est prévue à court terme.

Un partenariat est établi avec le CHUS et la conseillère-cadre participe à la table régionale.

L'équipe d'hygiène salubrité est mobilisée. En ce sens, un programme de gestion intégrée de la qualité en hygiène salubrité est en élaboration et fait à souligner, l'organisation a reçu un prix reconnaissance de l'AQESSS en 2013, pour leur programme de gestion des déchets.

3.3.5 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie</b>	
1.1 Au moins une fois par année, l'équipe recueille l'information sur le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des clients sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.2 Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des clients au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
1.3 Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des clients et des professionnels de la santé qui acheminent des clients pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
2.2 L'équipe cerne et élimine, si possible, les obstacles physiques et systémiques qui empêchent les clients et les professionnels de la santé qui acheminent des clients d'accéder aux services d'imagerie diagnostique.	
2.3 L'équipe sollicite régulièrement la rétroaction des professionnels de la santé qui acheminent des clients sur la façon d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de régler les délais dans la transmission des résultats de l'imagerie diagnostique.	
4.5 Le secteur de services aux clients comprend un vestiaire privé et sécuritaire.	!
6.7 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
6.9 L'équipe conserve les versions précédentes du manuel de politiques et de procédures conformément à la politique de l'organisme sur la conservation des dossiers.	
11.16 L'équipe suit les politiques et les procédures pour déterminer si un client peut quitter.	
12.1 L'équipe interprète, en temps opportun, les résultats de l'imagerie diagnostique non urgents, urgents et très urgents.	!
15.1 L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.	!
15.2 L'équipe dispose d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique.	!



15.3	L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.	!
15.6	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	POR
15.6.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
15.6.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
15.6.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
15.6.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
15.6.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
15.7	L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	POR
15.7.1	L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des clients et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
15.7.2	L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
16.3	Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	!
16.4	L'équipe documente toutes les analyses de cas de rejet ou de répétition ainsi que les mesures correctives prises.	!
16.5	L'équipe conserve les dossiers sur les cas de rejet ou de répétition pendant la période établie dans la politique de l'organisme.	!
18.2	L'équipe inclut les clients, les familles et d'autres organismes dans l'évaluation de la qualité de ses services d'imagerie diagnostique.	!
18.4	Au moins une fois par année, l'équipe examine les niveaux de référence diagnostiques dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité.	
18.7	L'équipe utilise les résultats du processus d'examen de l'utilisation des services pour renseigner les professionnels de la santé qui acheminent des clients et les prestataires de services d'imagerie diagnostique sur l'utilisation appropriée des services d'imagerie diagnostique.	

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

## Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

L'effectif médical des services d'imagerie diagnostique du CSSS de la Haute-Yamaska est stable et est composé de six radiologues et un nucléiste. Les services d'imagerie diagnostique (ID) offrent de la graphie, de la scopie, de l'échographie, de la mammographie, de la tomодensitométrie, de la résonance magnétique et de la médecine nucléaire. Depuis 2013, un des radiologues offre des services en intervention musculosquelettique. L'équipe des technologistes est dynamique et relativement stable. Au cours des dernières années, quelques retraites et un congé de maladie ont affecté l'équipe de transcription. Cependant, grâce aux efforts de la gestionnaire, une nouvelle équipe de transcription a été constituée. De plus, le service est entièrement numérisé, ce qui facilite la lecture à l'intérieur de court délai.

La structure administrative est en voie de réorganisation afin de la rendre plus efficace et adaptée à la nouvelle réalité du CSSS de la Haute-Yamaska. Les changements proposés devront se faire en trois phases.

Des directives ont été émises pour améliorer la gestion de l'utilisation, entre autres, les recommandations relativement à certains tests inappropriés tels que les radiographies des sinus ou l'utilisation de l'IRM pour les douleurs non traumatiques du genou. L'organisme est encouragé à inclure les clients, les familles et d'autres organismes dans l'évaluation des services d'ID.

Les temps d'attente pour la majorité des examens ont été nettement améliorés. Cependant, malgré les efforts de l'organisme, les temps d'attente pour l'échographie cardiaque sont encore élevés. Le recrutement d'un nouvel interniste qui débutera sa pratique dans les prochains mois pourrait aider à améliorer la situation. L'organisme est encouragé à continuer ses efforts pour améliorer les temps d'attente pour les examens d'imagerie diagnostique.




Les technologistes ont suivi de la formation continue relativement à la sécurité. Cependant, les services d'imagerie diagnostique n'ont pas une personne ou un comité responsables de la sécurité. Les services d'ID sont encouragés à former un comité et à désigner une personne responsable de la sécurité. Cette personne (ou le comité) aura, entre autres, comme tâche de développer un manuel de sécurité adapté aux services d'ID.

L'équipe est aussi encouragée à mettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes. Cette stratégie permettra d'identifier la population à risque afin de les prévenir.

Au cours des dernières années, les services d'ID ont reçu les visites d'inspection de la Commission canadienne de sûreté nucléaire (février 2013) et du Centre d'expertise clinique en radioprotection (novembre 2012). La majorité des recommandations émises par ces agences d'inspection ont été mises en application.


L'entretien préventif des équipements est conforme aux recommandations des fabricants ainsi qu'aux règlements provinciaux et fédéraux. Les contrôles de qualité attendus sont effectués. Certaines politiques et procédures ne sont pas disponibles. Les services d'ID sont encouragés à développer les politiques et procédures et les diffuser.

3.3.6 Ensemble de normes : Services d'obstétrique

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>		
4.5	L'équipe reçoit une formation continue et efficace sur tous les types de pompes à perfusion utilisées par les prestataires de services et le personnel.	 <b>PRINCIPAL</b>
4.5.1	Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	
4.9	Les chefs d'équipe évaluent et consignent le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
9.6	De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	 <b>PRINCIPAL</b>
9.6.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	<b>PRINCIPAL</b>
9.6.2	L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décide, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	<b>PRINCIPAL</b>
9.6.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	<b>PRINCIPAL</b>
9.6.5	L'équipe remet à l'usager, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	<b>PRINCIPAL</b>
9.10	L'équipe dispose d'une politique et d'une procédure pour le comptage des éponges et des aiguilles avant et après les accouchements vaginaux.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		

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

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

18.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
18.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
18.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
18.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
18.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
18.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

Un plan d'action est mis en place et les résultats sont mesurés. L'équipe est mobilisée et s'investit pour assurer une prestation de soins de qualité.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe poursuit l'intégration du programme AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux). Des activités de formation continue sont établies. La démarche a largement contribué à établir clairement les rôles et responsabilités.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe dispose de moyens concrets qui assurent un continuum de soins et de services efficace et intégré. Les soins offerts à la clientèle sont évalués régulièrement et réajustés si nécessaire. L'évaluation de l'état de santé du fœtus et de la mère est assurée tout au long de l'épisode de soins par la mise en place de politiques et procédures. L'équipe a en place tous les requis pour agir promptement aux situations d'urgences.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'accès aux données probantes et aux meilleures pratiques est présent. Une révision systématique des protocoles médicaux et infirmiers serait à mettre en place.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a à coeur la qualité des soins qu'elle offre. Maintenant, certains processus sont à intégrer et d'autres à consolider.

3.3.7 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire</b>	
4.2 Lorsque cela est possible, l'équipe travaille avec les utilisateurs de laboratoire pour détecter et éliminer, si possible, les obstacles qui empêchent les usagers et les utilisateurs de laboratoire d'accéder aux services.	
4.3 L'équipe fournit des conseils sur les types d'analyse et l'utilisation des services du laboratoire, y compris sur la fréquence des analyses et les types d'échantillons requis.	
7.2 Le laboratoire a suffisamment d'espace pour réaliser les activités du laboratoire.	
14.1 L'équipe suit des PON à jour pour l'entretien, l'inspection, la validation et l'étalonnage de son équipement, lesquelles sont conformes aux directives des fabricants.	
24.3 L'équipe revoit les données entrées dans le SIL par le personnel pour s'assurer qu'elles sont exactes et complètes.	
24.4 L'équipe procède à un test initial puis à des tests réguliers du SIL et elle les consigne.	
24.5 L'équipe effectue régulièrement des activités d'entretien préventif du SIL en se conformant aux spécifications du détaillant et aux exigences relatives à la sécurité.	
27.6 L'équipe revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents survenus, et il apporte les changements qui s'imposent à ses politiques ou à ses activités de formation.	!
30.7 L'équipe évalue régulièrement l'utilisation de ses services et se sert des résultats de l'évaluation pour se renseigner sur l'utilisation des services de laboratoires.	

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

### Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Dans la majorité des départements, l'équipement de haute technologie a été implanté. La robotisation au département de biochimie et l'automatisation au département de microbiologie ont un impact significatif sur la qualité des services. L'environnement physique est adéquat pour les besoins des laboratoires. Cependant, certains services manquent d'espace, tels que la pathologie et surtout la morgue, ainsi que la salle d'entreposage des produits dangereux.




Le nouveau service des prélèvements, inauguré récemment, répond aux besoins. L'espace est adéquat et la confidentialité est respectée. Les ajustements effectués ont permis de réduire de façon significative les temps d'attente pour les prises de sang. Cependant, il semble que le recrutement de technologistes pour le centre de prélèvement est un défi. Il arrive que pour pallier ce manque d'effectifs, des technologistes qui travaillent au laboratoire soient appelés à couvrir les services des prélèvements. Ceci cause un manque d'effectifs aux laboratoires et de la frustration de la part des technologistes. L'organisme est encouragé à faire les efforts nécessaires pour recruter des technologistes ou des assistants pour stabiliser l'équipe de prélèvement.

Le soutien des spécialistes cliniques est apprécié par les technologistes. Même si les hémato-oncologues et la microbiologiste ne sont pas souvent présents au laboratoire, ils sont facilement accessibles au besoin. Les spécialistes cliniques sont aussi disponibles pour soutenir de façon ponctuelle les collègues cliniciens dans l'interprétation des résultats et les suggestions des tests les plus appropriés. Cependant, il n'y a pas de collaboration entre les cliniciens et les spécialistes de laboratoire pour discuter de meilleures pratiques et de la gestion de l'utilisation des tests de laboratoire. L'organisme est encouragé à développer des forums formels pour améliorer la collaboration proactive entre les spécialistes des laboratoires et les autres professionnels de la santé.


Un travail colossal a été fait dans la gestion documentaire, surtout grâce aux efforts de l'équipe de gestion de la qualité et à l'utilisation du logiciel Omni-assistant. L'information est facilement accessible à tous les utilisateurs. Le logiciel n'est pas encore utilisé à sa capacité maximale. Il a été implanté récemment et la responsable de qualité a déjà un plan détaillé de l'addition de nouvelles sections dans le logiciel, comme la gestion de l'inventaire, le système d'information des laboratoires, etc.

Plusieurs indicateurs de la qualité sont utilisés par les laboratoires. Parmi ces derniers, il y a les non-conformités. Ces dernières sont traitées par la gestionnaire de la qualité et/ou la gestionnaire des laboratoires. Dans certains cas, le traitement de la non-conformité a été géré de façon efficace, relativement à la partie technique, mais n'a pas couvert la partie clinique. L'organisme est encouragé à gérer les non-conformités en couvrant, lorsqu'approprié, les aspects administratifs, techniques et cliniques avec la participation des personnes appropriées.

3.3.8 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
1.2 L'équipe utilise l'information recueillie au sujet des clients et de la communauté pour définir l'étendue des services offerts et dresser une liste des priorités si de nombreux besoins en matière de santé sont décelés.	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de médecine.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.7 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer régulièrement son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
5.3 Les chefs d'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et en utilisent les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
<p>7.4 L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.</p> <p>7.4.1 L'organisme dispose d'une politique ou d'une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse.</p> <p>7.4.3 L'équipe établit des mesures visant le recours à la thromboprophylaxie adéquate; vérifie la mise en oeuvre de la thromboprophylaxie appropriée; et utilise cette information pour apporter des améliorations à ses services.</p>	<p></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p>
8.1 Pour les aider à faire des choix éclairés, les membres de l'équipe fournissent aux clients et aux familles de l'information précise, complète en temps opportun.	<p></p>
9.1 L'équipe travaille avec les clients et les familles pour cerner les objectifs et les attentes en ce qui concerne les services offerts.	
9.4 L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	<p></p>



9.4.3	L'équipe met en oeuvre des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.	PRINCIPAL
9.4.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	SECONDAIRE
10.5	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	
11.6	Après le transfert ou la fin de services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
14.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent aux services de médecine.	!
14.2	L'équipe examine ses lignes directrices pour s'assurer qu'elles sont conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
9.8	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.	
9.8.1	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.	PRINCIPAL
17.1	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de médecine.	
17.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
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 de la médecine collabore avec les autres services/programmes, pour mieux coordonner l'ensemble du continuum de soins.

L'équipe de direction du département offre un soutien constant aux membres soignants afin qu'ils offrent des services de médecine de qualité. Les programmes de formation et d'encadrement sont adaptés à la dynamique établie et aux besoins identifiés.

Le placement des stagiaires est favorisé au sein du département et cet impact est non négligeable sur les activités cliniques auprès des usagers. Les bénévoles, quoiqu'en nombre limité, sont utiles et fortement appréciés, particulièrement au niveau des soins palliatifs.

Finalement, les membres de l'équipe ont la possibilité d'exprimer leur opinion en ce qui concerne l'organisation des tâches, incluant la définition des rôles et des responsabilités de chaque poste.

### Processus prioritaire : Compétences

Le département a mis sur pied une équipe interdisciplinaire pour assurer la prestation des services de médecine. La composition de cette équipe est judicieuse et les orientations données sont conformes aux besoins des usagers.

Les membres de l'équipe disposent de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.

En ce qui concerne les évaluations au rendement du personnel, les données ne sont pas concluantes et peu de celles-ci sont effectuées de manière rigoureuse et continue.

Dans l'élaboration des buts et des objectifs d'équipe, la direction devrait consulter davantage son personnel pour identifier des cibles de performance et d'organisation (ex. : activités de formation).

Il est important de souligner que le département de médecine, dans un souci d'améliorer ses processus et son organisation du travail, a demandé à la direction des soins infirmiers (mars 2014) de préparer un rapport sur « l'organisation du travail en regard de l'impact sur le leadership infirmier ». Ce rapport, traite notamment de l'atmosphère de travail, l'équipe multidisciplinaire, le rôle des infirmières auxiliaires, les infirmières, les équipements cliniques et le matériel et les communications. Ce rapport devrait guider la nouvelle gestionnaire à bien prioriser ses actions et bien cerner les problématiques.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Dès les premiers contacts avec le département, l'utilisateur est pris en charge par une infirmière responsable et un membre du personnel est attiré à ce dernier pour coordonner les services requis et le plan d'intervention. L'équipe rassemble l'information relative aux antécédents sur la santé de l'utilisateur, dans le but de déterminer les besoins en matière de services. Découlant de cette cueillette d'information et de l'évolution de l'utilisateur, l'équipe revoit régulièrement les besoins de ceux-ci qui sont en attente de services et répond rapidement à ceux qui vivent une urgence ou une situation de crise.

En ce qui touche les risques inhérents à avoir une thrombo-embolie veineuse, l'équipe effectue des évaluations à l'admission et quand la situation l'exige, mais aucun programme ou directive particulière n'encadre cette pratique, pourtant exigée lors de la visite précédente d'Agrément Canada en 2011.

De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique. Au niveau des services diagnostiques requis pour l'utilisateur, l'équipe de médecine a accès à ces services, aux résultats et aux conseils d'experts dont elle a besoin pour effectuer une évaluation adéquate.

Dans la mise en œuvre et l'élaboration de ses programmes cliniques, l'équipe devrait davantage travailler avec les usagers et les familles pour cerner les objectifs et les attentes en ce qui concerne les services offerts.

L'équipe devrait évaluer le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression, dans un contexte structuré à travers un programme clinique, et mettre en œuvre des interventions ciblées pour prévenir le développement d'une plaie de pression. La mise en place de protocoles et de procédures documentés, fondés sur des données probantes est impérative. Ces protocoles et procédures doivent inclure les interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.

Finalement, l'équipe a mis en place les moyens requis pour transmettre efficacement les renseignements d'un prestataire de services à un autre point de transition.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de l'équipe tiennent un dossier précis et complet pour les usagers. Ce dossier est accessible en tout temps et respecte toutes les données relatives à la sécurité et l'entreposage.

Dans le même sens, les membres de l'équipe transmettent les renseignements sur les usagers et en coordonnent leur diffusion entre les prestataires de services, les autres équipes et les organismes externes.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe effectue des sondages de satisfaction de la clientèle auprès de ses usagers. Les résultats sont analysés au niveau de la direction, mais les employés qui travaillent auprès de la clientèle n'ont que très peu de rétroaction en ce qui concerne les résultats. Il est important de bien définir et établir la diffusion de ces résultats et identifier des pistes de solutions pour contrer les problématiques identifiées ou les faiblesses de l'organisation, autant auprès du personnel que les utilisateurs de ces services.



Lors de la dernière visite d'agrément en 2011, il avait été noté que l'équipe devrait utiliser deux identificateurs de l'utilisateur en tout temps avant d'entreprendre tout service ou toute intervention. En 2014, la situation demeure toujours problématique, malgré les campagnes de sensibilisation et les rappels de la consigne. Des erreurs survenues dans la dernière année, documentées dans les rapports AH-223, sont pourtant présentes relatives à cette problématique.


Le programme de prévention des chutes et les évaluations afférentes sont bien utilisés et complétés tels que requis. Une infirmière clinicienne est même dévolue (sur une base ponctuelle) à ce programme pour encadrer les actions et les évaluations.

L'équipe informe et forme les usagers et les membres des familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité, par le biais notamment de dépliant accessible à l'entrée du département.

Les membres de l'équipe sont bien préparés pour détecter, signaler et documenter les événements sentinelles, les incidents ou accidents évités de justesse. La formation à cet égard semble adéquate et répond aux besoins de l'organisation.

### 3.3.9 Ensemble de normes : Services de réadaptation

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
7.5	De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
7.5.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	PRINCIPAL
7.5.2	L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
7.5.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
7.5.5	L'équipe remet à l'usager, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
9.8	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.	
9.8.1	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.	PRINCIPAL

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

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe dégage une belle énergie et un dynamisme qui laisse transparaître un milieu où il fait bon travailler. Elle peut exprimer ses opinions en ce qui concerne l'organisation des tâches et a accès à une oreille attentive qui verra à réorganiser le travail si requis. La qualité et la sécurité des usagers sont au coeur des préoccupations de l'équipe soignante. Un plan est élaboré et des suivis sont faits régulièrement avec l'équipe pour évaluer l'état d'avancement des différents projets.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire est en place. La contribution de tous est valorisée et soutenue. La qualité des échanges permet une prise en charge structurée de l'épisode de soins. Grâce à l'équipe interdisciplinaire, l'usager reçoit les requis pour favoriser un retour à domicile sécuritaire. Un suivi rigoureux est effectué sur l'efficacité du personnel. En général, le personnel est satisfait de la formation qu'elle reçoit.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe a un grand souci de bien accompagner l'usager et ses proches. Elle lui fournit le soutien nécessaire pour qu'ils se sentent parties prenantes du continuum de soins. Elle s'assure notamment de la bonne compréhension de l'information et de l'enseignement donnés. Un plan d'intervention est fait et l'équipe s'assure du suivi et des ajustements s'il y a lieu.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a accès à des données fondées sur la recherche et de l'information sur les meilleures pratiques.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe se soucie d'évaluer et d'améliorer la qualité de ses soins et services. Par ailleurs, la mise en place d'un processus formel pourrait soutenir l'équipe dans l'atteinte de ses objectifs en matière de qualité.

3.3.10 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'équipe utilise de façon très efficace tous les renseignements sur la communauté pour définir la portée de ses services et les priorités qu'elle se donne pour établir ses objectifs. Elle travaille en grande collaboration avec ses partenaires communautaires. Les efforts déployés ont permis de grandes réalisations. Par exemple, un guide d'élaboration d'un programme d'activités physiques pour les aînés.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
Une équipe interdisciplinaire assure la prestation des services de santé communautaire. Le dynamisme et l'engagement des professionnels en place sont plus que palpables. Les membres de l'équipe sont tous, sans exception très fiers de leurs réalisations. Des indicateurs de mesure sont en place et permettent le réajustement des différents programmes lorsque requis.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'offre de service est axée sur la communauté. L'équipe met en place des rencontres statutaires pour détecter et éliminer les obstacles qui pourraient empêcher un membre de la communauté d'accéder aux services. Elle travaille en étroite collaboration avec ses partenaires communautaires. L'équipe conserve des dossiers à jour pour chaque programme communautaire.	

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de l'équipe reçoivent de la formation et du perfectionnement sur les systèmes d'information. Le personnel et les prestataires de services font part à la communauté des renseignements sur la recherche, les pratiques exemplaires et les lignes directrices fondées sur des données probantes.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est très près et engagée auprès des organismes communautaires et des partenaires. Leur présence contribue grandement à la mise en place de plusieurs projets porteurs d'impacts très positifs auprès de la communauté.




3.3.11 Ensemble de normes : Services de santé mentale

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>		
4.12	Le personnel d'encadrement de l'équipe évalue et documente régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
8.8	L'équipe dispose d'un processus pour obtenir le consentement éclairé de l'utilisateur ou de la famille avant la prestation des services.	!
10.6	De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	POR
10.6.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	PRINCIPAL
10.6.2	L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décide, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
10.6.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
10.6.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
10.6.5	L'équipe remet à l'utilisateur, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL
12.6	L'équipe suit un processus pour évaluer l'efficacité des transferts et elle utilise l'information qui en découle 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

16.5	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les usagers.	
16.5.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
16.5.5	L'équipe utilise l'information découlant de ces évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe mesure ses buts et objectifs et met en place des plans d'action pour les atteindre. Citons par exemple, la diminution de la durée moyenne de séjour qui est passé de 8 semaines à 22 jours.

L'équipe travaille en étroite collaboration avec différents partenaires pour faciliter la transition des usagers vers la communauté. Il est pertinent de noter que le manque de lits de longue durée pour la population psychiatrique en perte d'autonomie entraîne une occupation des lits de courte durée. Cette problématique devrait être abordée puisqu'elle constitue un obstacle à la fluidité de mouvement dans la gestion des lits.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe n'utilise pas de pompe à perfusion à l'unité psychiatrique. Les usagers sont dirigés en médecine sur une autre unité au besoin.

Le nombre de mesures de contention diminue progressivement. L'équipe est formée pour utiliser des techniques de pacification ou d'allègement de conflit afin de réduire les comportements agressifs. Les mesures de contention sont considérées comme étant le dernier recours.

L'évaluation des membres de l'équipe ne se fait pas comme stipulé dans le Règlement 550-54-02 de l'établissement.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'environnement physique actuel ne remplit pas les critères favorisant le confort et le rétablissement. Il existe actuellement une seule chambre d'isolement. Bien que l'organisme ait déjà identifié cette problématique, il devrait y avoir un plan d'action pour la résoudre le plus tôt possible. Par ailleurs, il devrait y avoir également plus de chambres individuelles sur cette unité pour que l'équipe travaille dans un milieu optimal.

Le formulaire de consentement n'était pas signé dans plusieurs dossiers bien que les usagers aient été admis sur une base volontaire.

L'équipe offre du soutien à la famille en collaboration avec les organismes communautaires. Mentionnons par exemple, les intervenants de l'organisme communautaire l'Oasis qui se déplace pour rencontrer la famille dans le but de créer le premier lien afin de continuer à offrir du soutien après le congé de l'utilisateur.


## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe tient compte des commentaires du personnel, des usagers et de la famille pour améliorer constamment les services en santé mentale.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe possède une stratégie de prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Toutefois, il n'existe pas actuellement des mesures d'évaluation de cette stratégie.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.10 Les dirigeants de l'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre du personnel de façon objective, interactive et positive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
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.	
12.4.1 L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.	PRINCIPAL
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.	PRINCIPAL
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.	PRINCIPAL
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.	SECONDAIRE
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.	PRINCIPAL
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.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	

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

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme adapte les services en tenant compte du profil de la clientèle desservie selon les données démographiques de la population. Plusieurs activités ont été mises en place dans le but de répondre aux besoins des jeunes ou des adolescents, des adultes et des personnes âgées.

### Processus prioritaire : Compétences

L'évaluation du rendement de chaque membre de l'équipe ne se fait pas régulièrement comme stipulé dans le règlement 550-54-02 de l'établissement.

La pénurie au niveau des psychologues peut avoir un impact sur les services offerts et la fluidité dans le cheminement des usagers. En dépit des efforts de recrutement de l'organisme, cette problématique demeure un enjeu qu'il faut considérer afin de trouver des solutions définitives.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

La garde psychosociale instaurée par l'établissement en dehors des heures ouvrables et sept jours sur sept pour répondre aux besoins de la clientèle mérite d'être mentionnée. L'équipe est soucieuse de la sécurité des usagers et de leur accessibilité aux soins et services de santé mentale de qualité.

Le bilan comparatif des médicaments n'a pas été encore instauré dans ce centre communautaire.

Tout en reconnaissant que c'est une bonne pratique qui pourrait être mise en place, l'équipe ne communique pas avec la personne, la famille ou l'organisme après le transfert ou à la fin des services.


### Processus prioritaire : Aide à la décision


Il serait pertinent de considérer l'informatisation des dossiers compte tenu des multiples sites que possède l'organisme.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme travaille en étroite collaboration avec les organismes communautaires et coordonne différentes activités en tenant compte de ce lien privilégié avec ses partenaires.

3.3.13 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.7 L'équipe suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et positive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.1 L'équipe réalise une évaluation de chaque résident en temps opportun.	!
7.5 De concert avec le résident, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments du résident aux points de transition des soins.	
7.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec le résident, la famille, les prestataires de soins et le soignant (selon le cas), et le consigne.	PRINCIPAL
7.5.2 L'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les ordonnances de médicaments rédigées à l'admission, et déce, règle et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
7.5.3 L'équipe utilise les ordonnances établies à l'admission à l'aide du bilan comparatif des médicaments pour produire une liste de médicaments à jour qui est versée dans le dossier du résident.	PRINCIPAL
7.9 L'équipe examine régulièrement les évaluations et les met à jour si l'état de santé d'un résident change sensiblement.	
8.2 L'équipe, le résident et la famille élaborent un plan de soins complet et intégré (ou un plan d'intervention individualisé et interdisciplinaire-PII) pour le résident.	
8.3 Le plan de soins (ou le PII) du résident comprend des stratégies pour soulager ou gérer la douleur et les autres symptômes.	
10.9 L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	!

13.1	L'équipe suit des procédures pour offrir des soins de fin de vie qui respectent les dernières volontés des résidents.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
14.2	L'équipe respecte les lois en vigueur sur la protection de la vie privée, de même que la sécurité et la confidentialité des renseignements sur les résidents.	!
16.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à ses services de soins de longue durée.	!
16.2	L'équipe examine ses lignes directrices pour s'assurer qu'elles sont à jour et tiennent compte des résultats actuels de la recherche et de l'information sur les meilleures pratiques.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
8.8	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de résident avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.	 <b>PRINCIPAL</b>
8.8.1	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de résident avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.	
16.4	L'organisme transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
18.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>		

Le CSSHY recueille des renseignements pertinents sur les résidents et la communauté. L'équipe coordonne des sondages de satisfaction à la clientèle sur une base régulière, analyse les résultats et les diffuse. En ce sens, la publication d'une carte « Le flocon de neige » est venue diffuser les résultats qui dénotent une amélioration générale de plus de 7 % depuis 2010. Ce geste dénote un souci de partager les succès à l'ensemble du personnel et une valorisation de votre personnel.

Au niveau de la diffusion des informations relatives aux soins de longue durée, la direction rédige régulièrement des chroniques et des articles dans le journal interne le CONCERTO, mais nous tenons à souligner l'initiative de publier de l'information additionnelle et très adaptée à la clientèle des soins de longue durée, avec le bulletin le CONCERTO DE BACH.

Le comité milieu de vie est implanté dans les installations de soins de longue durée. Une coordonnatrice est présente pour encadrer les activités du comité. Un journal interne est également rédigé pour diffuser les informations relatives aux diverses activités des centres et du comité des usagers. De plus, la publication d'une carte postale pour diffuser la vision des notions milieu de vie est créative et un bon outil de diffusion auprès de personnes concernées. En ce qui touche les comités des résidents dans les installations, leurs

structures semblent fragiles et un effort concerté est requis pour actualiser ces comités, tel que requis dans le cadre législatif du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

La direction du programme des personnes hébergées (DPPH) est bien définie et les structures de postes, à travers les installations, sont adaptées aux réalités de chacune. Quoique la moyenne d'âge des personnes hébergées diffère dans certaines installations, la moyenne d'âge des résidents est de 76 ans et si on extrait les résidents de Vittie et Desjardins (DVD), la moyenne d'âge est de 80 ans, comme la moyenne retrouvée à l'échelle provinciale. Les profils des résidents sont légèrement inférieurs à la moyenne attendue, mais les nouvelles admissions semblent plus aigües, en terme d'acuité des diagnostics et de la condition générale des résidents.

L'équipe de gestionnaires établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses soins et ses services, mais elle devrait travailler plus étroitement avec son personnel au chevet des résidents pour les identifier, les quantifier et les évaluer.

### Processus prioritaire : Compétences

Afin de mettre en valeur les nombreux projets novateurs mis en place en CHSLD dans les dernières années, la direction des programmes des personnes en hébergement a mis en nomination des équipes de travail et des individus pour les Prix d'excellence du CSSSHY. Ces nominations mettent en valeur la contribution particulière des employés dédiés à cette clientèle. Une très belle initiative!

Les équipes interdisciplinaires sont actives, dans la majorité des installations, et jouent leurs rôles efficacement. Les membres du personnel ont des descriptions de postes bien définies et des descriptions de leur rôle sont définies pour éviter des chevauchements indus entre les professionnels.

L'équipe de soins devrait définir un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.

Les évaluations au rendement des employés doivent être faites de manière structurée, planifiée dans le respect des politiques et procédures en vigueur.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Au niveau des soins de longue durée, dans toutes les installations visitées, il existe des histoires de vie sur chaque résident. Cette activité est bien encadrée et utile pour le personnel.

Les admissions des résidents sont effectuées selon un aide-mémoire standardisé par la direction des programmes des personnes hébergées (DPPH) et on tente dans la mesure du possible de faire des visites préadmissions. Les personnes pivots sont bien identifiées, autant auprès des familles qu'auprès des résidents et membres des familles.

Le guide d'accueil du résident en CHSLD est bien rédigé, complet, mais sa diffusion dans les centres d'hébergement est faite de manière aléatoire et non uniforme. Certaines installations utilisent des « outils maison » à titre de guide d'accueil.

Les médecins attitrés aux centres de soins de longue durée sont très impliqués et leurs expertises, connaissances et implications sont bénéfiques pour le mieux-être et le bien-être des résidents. Leurs contributions respectives sont fortement appréciées et pertinentes.



Bien qu'il existe un code d'éthique des intervenants auprès de la clientèle, toutes les questions relatives aux situations éthiques en centre d'hébergement sont traitées de manière inégale. Il est constaté que peu d'informations émanent du comité d'éthique en ce qui a trait à leur rôle et fonction principale.

Les travaux de rénovation majeurs au centre d'hébergement Villa Bonheur sont imposants, mais nécessaires pour assurer la sécurité des résidents, des employés et des visiteurs. Ces travaux vont venir corriger des lacunes importantes et ne sont qu'une première phase dans un plan plus global. L'environnement physique (interne et externe) du centre d'hébergement de Waterloo est également négligé et des efforts concertés doivent être planifiés pour remédier aux problèmes les plus urgents, relatifs à la sécurité des résidents.

Au sein des installations de soins de longue durée, les gestionnaires animent des réunions régulières avec les résidents et les membres des familles et donnent des informations et de la formation très appropriée à la clientèle. Ces démarches sont louables et très positives.

Le centre d'hébergement Vittie-Desjardins est une installation très adaptée à la clientèle, avec un milieu de vie agréable et des aires de circulation fluides. Les espaces extérieurs sont bien aménagés.

En ce qui touche l'alimentation des personnes hébergées, un cartable de référence a été préparé et diffusé. Ce cartable de référence a comme objectif de clarifier les attentes de l'organisation relativement aux rôles des intervenants dans le processus d'alimentation des résidents, d'harmoniser les pratiques et d'assurer la pérennité des enseignements transmis dans le cadre de formation offerte aux intervenants. Cet outil est très bien documenté et mérite d'être davantage diffusé.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

La Direction du programme des personnes hébergées (DPPH) a instauré un guide de référence pour les infirmières auxiliaires, chef d'équipe et les infirmières répondantes afin d'assurer la qualité, l'uniformité et la continuité des soins et services en hébergement. Il permet également de faciliter la gestion efficace et efficiente de situations courantes en milieu d'hébergement. C'est un guide utile, mis à jour, particulièrement dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de présence de personnel issu de la main-d'œuvre indépendante.

Au niveau de la gestion des risques et l'analyse des principaux indicateurs cliniques, la DPPH utilise le rapport d'analyse des incidents/accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé pour guider ses actions et apporter, au besoin, les correctifs requis. Les autres indicateurs cliniques (contentions physiques, plaies de pression, etc.) sont également disponibles pour les gestionnaires et méritent d'être diffusés davantage auprès des équipes soignantes.

La publication des tableaux de bord de gestion (TBG) est également très utile et pertinente, mais sa diffusion est trop limitée. Une diffusion plus large est souhaitée.

Il est noté que l'équipe tient un dossier précis et à jour de chaque résident. Il est réalisé en respect des lois en vigueur de même que la confidentialité des renseignements sur les résidents. Toutefois, certaines installations doivent revoir leur environnement physique pour assurer la transmission des informations confidentielles au sujet des résidents, ce qui n'est pas respecté dans tous les centres.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Au niveau de la gestion des risques en centre d'hébergement, les structures mises en place sont appropriées et identifient clairement les points d'amélioration et la direction des programmes des personnes hébergées (DPPH) met en branle les correctifs requis dans les délais attendus.

La DPPH et les gestionnaires des sites doivent favoriser l'identification des meilleures pratiques en soins de longue durée et comparer ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes et des organismes similaires. De ce fait, le CSSHY doit transmettre de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et les autres organismes de vocation similaire.

L'équipe a mis en œuvre une stratégie de prévention des chutes afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les résidents.

Les sondages de satisfaction de la clientèle sont menés régulièrement, des pistes d'amélioration identifiées et des suivis serrés sont faits. De plus, la diffusion des résultats, à l'ensemble du personnel, résidents et membres des familles est éloquente.


3.3.14 Ensemble de normes : Services de soins intensifs

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

**Processus prioritaire : Direction clinique**

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

**Processus prioritaire : Compétences**

3.8	L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.	
4.4	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	 <b>PRINCIPAL</b>
4.4.1	Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	
4.6	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

6.2	L'équipe utilise des critères normalisés pour déterminer si les clients potentiels ont besoin de services de soins intensifs.	
10.9	L'équipe utilise un outil de dépistage du délire pour déterminer si les clients présentent des symptômes de délire.	
12.1	L'équipe utilise des critères normalisés pour déterminer si un client peut recevoir son congé de l'unité de soins intensifs.	
12.7	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

8.19 L'équipe a accès aux données recueillies sur tous les décès s'étant produits à l'unité des soins intensifs et dispose d'un processus pour examiner ces données de façon à repérer les possibilités manquées de don d'organes et de tissus.

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe connaît le profil de la clientèle de desserte et adapte les services en tenant compte des données démographiques de la population.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe est dynamique et dévouée, mais le manque d'espace aux soins intensifs constitue un réel obstacle au fonctionnement optimal de l'équipe. Les corridors sont encombrés de matériel. Les chambres sont exigües, ce qui peut augmenter le niveau de difficulté lors des interventions de l'équipe. Il existe une seule toilette pour les usagers qui peuvent l'utiliser. Dans les cas d'isolement, la situation est complexe, les usagers sont seulement séparés par un rideau et l'équipe doit être ingénieuse pour prévenir la propagation de l'infection. Par ailleurs, ne possédant pas de chambre d'isolement à pression négative, l'équipe est obligée de transférer les usagers qui auraient pu être traités dans l'établissement. Dans un tel contexte, les travaux d'agrandissement et de rénovation des soins intensifs devraient être priorités. D'ailleurs, une demande a été déposée à l'Agence et au MSSS à l'automne 2013 et le CSSS est en attente d'une réponse.

Le nouveau chef de service se propose d'effectuer le rendement de chaque membre de son service, cette démarche étant réalisée à 55 %.

Le personnel reçoit la formation sur les pompes à perfusion au moment de l'orientation. Toutefois, cette formation ne se donne pas de façon continue. La preuve soumise date de 2009.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les usagers sont admis après une discussion entre le médecin référent et le médecin des soins intensifs, mais l'équipe ne possède pas de critères normalisés quant au processus d'admission aux soins intensifs. Il serait pertinent que l'équipe utilise des critères normalisés pour l'admission et le congé des soins intensifs.

L'équipe devrait utiliser un outil de dépistage du délire dans son unité de soins intensifs.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Il existe une bonne collaboration entre les différents membres de l'équipe.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe compare ses résultats avec des programmes similaires dans un souci constant d'amélioration des services.

## Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Grâce à l'initiative du chef de service, un comité de don d'organes a été formé. L'équipe travaille en étroite collaboration avec Transplant Québec et encourage cette démarche toutes les fois que l'opportunité se présente.

3.3.15 Ensemble de normes : Services des urgences

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**

6.9	L'équipe consigne l'information sur le client que lui fournissent les services médicaux d'urgence.	
8.4	De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
8.4.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	PRINCIPAL
8.4.2	L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et déce, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
8.4.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.4.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
8.4.5	L'équipe remet à l'utilisateur, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

## Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

Des corridors de service ont été établis entre l'organisme et plusieurs centres tertiaires, incluant les hôpitaux pédiatriques, dans le but d'assurer la sécurité des usagers.

La rénovation de la salle d'urgence permet à l'équipe d'assurer des soins sécuritaires et de qualité tout en améliorant l'efficacité des interventions.

L'équipe connaît le profil de la clientèle et les besoins de la population. C'est dans ce contexte que la Clinique Accès a été créée en collaboration avec la ville de Granby pour améliorer l'accessibilité de la clientèle sans médecin de famille. De plus, il existe également des plages dédiées dans certaines cliniques privées pour améliorer le temps d'attente dans la salle d'urgence lorsque la raison de consultation ne requiert pas l'intervention d'un urgentologue.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe est excellente, dévouée et dynamique.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Il faudrait améliorer la visibilité et la surveillance des usagers dans la salle d'urgence. L'infirmière du triage reçoit également les ambulanciers, laissant ainsi à découvert son poste de triage. Toutefois, selon les informations obtenues, lorsque le volume ou la sévérité des cas le justifie, le chef de service ajoute une autre infirmière pour assurer la sécurité du service.

Le bilan comparatif des médicaments n'a pas encore été instauré dans la salle d'urgence. Toutefois, il existe un projet qui est déjà amorcé.

Il est pertinent de mentionner la grande performance de l'équipe. Des projets d'amélioration continue ont permis de passer de la côte D en 2011 à la côte B+ en 2014, selon le dernier palmarès des urgences publié le 14 mai 2014. Toutefois, en ce qui concerne le temps d'attente dans la salle d'urgence, il y a encore de la place à l'amélioration. Les usagers et les familles rencontrés au cours du traceur souhaiteraient une réduction du temps d'attente qui est actuellement estimé à une moyenne de 12 heures, selon le personnel.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe révisé régulièrement ses lignes directrices et les met à jour.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La gestion des lits permet à l'équipe de prévenir et de gérer efficacement tout engorgement de la salle d'urgence.

## Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'équipe travaille en étroite collaboration avec Transplant Québec dans le dossier de dons d'organes et de tissus.




3.3.16 Ensemble de normes : Services palliatifs et services de fin de vie

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	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace sur les divers types de pompes à perfusion.	
4.7.1	Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	<b>PRINCIPAL</b>
4.11	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**

7.9	De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
7.9.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5	L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	
8.5.1	L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2	L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque client à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du client.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	<b>SECONDAIRE</b>

**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**

16.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	 <b>PRINCIPAL</b> <b>SECONDAIRE</b>
16.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	
16.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	
18.2	L'équipe recueille le point de vue du client sur la qualité des services palliatifs et des services de fin de vie.	
18.3	L'équipe compare ses résultats à ceux d'interventions, de programmes ou d'organismes semblables.	
18.4	L'équipe utilise l'information qu'elle recueille sur la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et apporte des améliorations au moment opportun.	
18.5	L'organisme fait connaître les résultats des évaluations à l'équipe, aux clients et aux familles.	

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

La collaboration est bien établie tant à l'interne qu'à l'externe notamment avec la maison de soins palliatifs, Diapason et la Différence, qui offre du soutien aux femmes atteintes du cancer.

L'équipe d'accompagnement « Au Diapason » est très présente. Une personne responsable de ces bénévoles est très impliquée et s'assure du bon fonctionnement et du respect de la politique établie pour cette équipe. Le rôle de ceux-ci est bien défini et l'horaire de leur visite connu.

### Processus prioritaire : Compétences

Le personnel à l'unité de soins palliatifs est stable et certains y travaillent depuis plusieurs années. Une infirmière consultante est présente et offre un soutien autant au personnel, qu'à l'usager et ses personnes significatives. Ses compétences cliniques sont reconnues et le personnel rencontré apprécie particulièrement sa collaboration.

Les rencontres multidisciplinaires sont hebdomadaires et, fait à noter, l'équipe de bénévoles est représentée.

La formation est encouragée et des opportunités de développement sont offertes.

Des périodes d'orientation sont planifiées lors de l'accueil de nouveau personnel toutefois, l'équipe est invitée à développer un programme d'orientation structuré.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Six lits sont dédiés en soins palliatifs pour la gestion des symptômes de la clientèle en soins palliatifs.

Lors de l'hospitalisation, la collecte de données prévue pour l'évaluation initiale de l'utilisateur n'est pas toujours utilisée. Quoique les infirmières procèdent à une évaluation dès l'admission, l'équipe est encouragée à revoir cette pratique afin de s'assurer d'une évaluation complète notamment sur la prévention des plaies de pression par l'évaluation du risque selon l'échelle de Braden.

Les ressources sont disponibles pour répondre aux besoins d'ordre émotionnel, social et ceux concernant le deuil.

Les familles et les personnes significatives sont présentes et se disent satisfaites du soutien offert. Les espaces sont conçus pour faciliter leur présence en tout temps.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers des usagers sont à jour et accessibles sur l'unité de médecine, mais, à l'extérieur de l'unité des soins palliatifs. Il pourrait être intéressant d'analyser la possibilité de les rapatrier afin d'éviter de multiples déplacements particulièrement en période d'éclosion.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'ensemble du personnel rencontré démontre une attitude empreinte de dévouement pour la clientèle.

Il demeure toutefois important d'identifier et de mieux faire connaître les activités à risque élevé relatif à leur environnement et à leur clientèle.

3.3.17 Ensemble de normes : Services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	
1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information sur la demande de services transfusionnels, y compris le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des usagers sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe passe en revue l'information recueillie au sujet de la demande de services transfusionnels afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
1.3 Les membres de l'équipe devraient revoir l'information ensemble et la communiquer à d'autres équipes administratives et cliniques dans l'organisme, au besoin.	
4.4 Les gestionnaires de l'équipe consignent les résultats d'évaluation et de réévaluation des compétences.	
4.6 L'équipe dispose d'un système qui évalue régulièrement l'efficacité de ses activités de formation et d'évaluation des compétences.	
17.6 L'équipe suit une PON pour le transport des composants sanguins et des produits sanguins à l'intérieur de l'organisme.	!
21.2 L'équipe qui a émis l'ordonnance fournit de l'information au receveur, ce qui comprend une description du composant sanguin ou du produit sanguin, des risques et des avantages associés à la transfusion et des autres options qui s'offrent à lui, ainsi qu'une description des risques et avantages qui s'y rattachent.	!
21.4 L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.	!
21.5 Lorsqu'un usager est incapable de donner son consentement libre et éclairé, l'équipe a recours à une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou à des directives préalables, le cas échéant.	!
26.5 Lorsqu'elle évalue la qualité de ses services transfusionnels, l'équipe s'assure la participation des usagers, des familles, d'autres équipes dans l'organisme ainsi que d'autres organismes.	
26.6 L'équipe cerne les réussites et les points à améliorer, et apporte des améliorations en temps opportun en se servant de l'information ainsi obtenue au sujet de la qualité de ses services.	

- |  |   |
|--|---|
| 26.7 L'équipe examine les résultats de l'évaluation et les communique aux autres équipes dans l'organisme, à d'autres organismes, aux usagers et familles, s'il y a lieu.                        |   |
| 28.7 L'équipe vérifie régulièrement l'efficacité de ses procédures relatives à l'étude de dons antérieurs ou à un retrait, et apporte les changements qui s'avèrent nécessaires, le cas échéant. | ! |

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


**Processus prioritaire : Services transfusionnels**

Le comité de services transfusionnels multidisciplinaire est très actif. Les réunions ont lieu en moyenne à toutes les 4 à 6 semaines. De plus, trois membres de ce comité sont aussi membres du comité de médecine transfusionnelle de la Montérégie. Le centre désigné des activités transfusionnelles de la Montérégie est la référence pour le CSSS Haute-Yamaska. L'organisme a accès à des ressources de ce centre tant au niveau technique que clinique.

Les services transfusionnels sont sécuritaires et les employés sont compétents. La majorité des politiques et procédures sont disponibles électroniquement dans le logiciel Omni-assistant. Cependant, certaines procédures telles que le transport des composés sanguins et des produits sanguins à l'intérieur de l'organisme ne sont pas disponibles. L'organisme est encouragé à les développer et les diffuser.

Lors de la visite d'Agrément Canada de 2011, un des défis identifiés était le consentement éclairé du receveur et l'information offerte au receveur. La situation ne semble pas avoir changé depuis la dernière visite. Effectivement, l'organisme a effectué un audit en mars 2014 et le résultat a été qu'un seul dossier sur les 69 dossiers répertoriés contenait un consentement éclairé à la transfusion. L'organisme est encouragé à travailler avec les cliniciens pour remédier à la situation.

3.3.18 Ensemble de normes : Soins ambulatoires


Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>8.4 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.</p> <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> <p>8.4.1 L'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et il consigne cette information.</p> <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.</p> <p>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'usager, la famille et le soignant (selon le cas) et le consigne par écrit au dossier de l'usager.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

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
9.3	L'équipe obtient le consentement éclairé du client avant d'entreprendre les 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

17.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
17.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
17.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

Il serait pertinent que les activités de la clinique externe soient regroupées. Par ailleurs, les lieux physiques dédiés à l'endoscopie devraient être améliorés.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe est soutenue par l'administration dans un processus de développement professionnel continu. Par ailleurs, le transfert des connaissances fait partie de la culture de l'organisation.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Dans les dossiers de scopie révisés avec le personnel, nous n'avons pas trouvé de consentement signé bien que les usagers avaient déjà eu l'examen invasif. Certains dossiers contenaient le formulaire sans signature, mais d'autres n'avaient pas le formulaire. Nous avons suggéré qu'un plan d'action soit mis en place le plus tôt possible. Il faut noter qu'il y a eu une excellente collaboration de la chef de service pour résoudre sans délai, cette problématique. En effet, une note de service a été immédiatement expédiée et des mesures ont été prises pour remédier à la situation, la journée même, soit avant la fin de la visite d'Agrément Canada.

## Processus prioritaire : Aide à la décision





L'équipe connaît ses besoins en matière de technologie, mais il faudrait continuer à faire la promotion de l'informatisation des dossiers.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs membres de l'organisation soulignent l'ouverture et l'excellente collaboration de la Direction pour l'accessibilité aux ressources nécessaires dans l'atteinte des buts et objectifs et l'amélioration de l'infrastructure.



### 3.3.19 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>		
4.6	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace à l'intention des prestataires de services au sujet de toutes les pompes à perfusion.	 <b>PRINCIPAL</b>
4.6.1	Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	
4.10	L'organisme évalue et documente régulièrement le rendement de chaque membre du personnel de façon objective, interactive et positive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
6.8	Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'usager, 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'usager).	 <b>PRINCIPAL</b>
6.8.1	L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.	
8.1	L'organisme effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour les clients qui reçoivent des services à domicile.	 <b>PRINCIPAL</b>
8.1.1	L'organisme effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour chaque client au début des services.	<b>PRINCIPAL</b>
8.1.4	L'organisme met à jour régulièrement l'évaluation des risques en matière de sécurité, et elle utilise l'information pour apporter des améliorations aux services de santé du client.	<b>SECONDAIRE</b>
8.8	L'organisme met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	 <b>PRINCIPAL</b>
8.8.1	L'organisme met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8.5	L'organisme utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	<b>SECONDAIRE</b>
9.2	L'organisme élabore un plan de soins pour chaque client, en collaboration avec le gestionnaire de cas du client, s'il y a lieu.	

## Processus prioritaire : Aide à la décision

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

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe recueille et utilise les renseignements au sujet de sa communauté et ajuste son offre de service en conséquence. Des processus sont en place pour déterminer les objectifs à atteindre.

Le maintien à domicile est une priorité et des alternatives à l'hébergement sont favorisées. De nouvelles ententes contractuelles ont été développées et quatre ressources intermédiaires (RI) sont maintenant en activité sur le territoire. Un gestionnaire du programme s'assure que les mesures permettant la qualité et la prestation sécuritaire des soins dispensés sont en place, notamment pour les activités d'exception confiées aux non professionnels, et ce, pour l'ensemble des ressources non institutionnelles (RNI).

Une collaboration est bien établie avec les partenaires communautaires de même qu'avec les ressources internes de l'organisation.

### Processus prioritaire : Compétences

L'ensemble de l'équipe multidisciplinaire est localisé sur un même site. Cette proximité favorise le travail d'équipe et les échanges ponctuels. Toutefois, le travail en interdisciplinarité demeure un défi.

Les rôles et responsabilités sont bien établis.

Des programmes d'orientation sont en place et de la formation offerte de façon régulière. Le personnel rencontré se dit encouragé à participer.

L'appréciation de la contribution est à ses débuts et les rencontres à la fin de période d'essai ou de probation sont à systématiser.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Les membres du personnel sont invités régulièrement à participer à des rencontres d'information et échanger sur les buts et objectifs du programme.

L'équipe est attentive à l'attente pour accéder à certains services et travaille à y augmenter l'accès.

Quoique des efforts soient déployés, séance d'information et formation, la poursuite de ceux-ci doit être amplifiée afin d'intégrer l'évaluation des risques à domicile et l'élaboration d'un plan d'intervention, pour chaque usager, à la pratique courante.

Des efforts importants ont été consacrés pour développer une stratégie de prévention des chutes. Plusieurs étapes ont été franchies et le déploiement est prévu à très court terme.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'utilisation d'un système de mobilité (SiMO) par l'équipe des soins infirmiers a permis un gain important d'optimisation. Les personnes rencontrées disent se sentir beaucoup plus autonomes lors de leur visite et la continuité des soins y est grandement améliorée.

Les dossiers du client sont complétés en temps réel et l'accès aux différents résultats d'analyse disponible sur place. Déployé dernièrement pour les inhalothérapeutes, il est prévu que le système soit prochainement accessible pour les autres professionnels.



## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La culture de déclaration des incidents/accidents est présente et les principaux acteurs participent à leur analyse.

La satisfaction de la clientèle est évaluée et les résultats sont connus.

### 3.3.20 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération</b>	
2.8 Les dirigeants de l'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
<b>Ensemble de normes : Services de chirurgie</b>	
<p>7.9 L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p> <p>7.9.1 L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.</p> <p>7.9.2 L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque client à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du client.</p> <p>7.9.3 L'équipe met en oeuvre des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.</p> <p>7.9.4 L'équipe appuie la formation des prestataires de soins de santé, des clients et des familles ou des aidants sur les facteurs de risque et les stratégies pour la prévention des plaies de pression.</p> <p>7.9.5 L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.</p>	<p></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p>
<p>7.14 De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>7.14.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.</p>	<p></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>

7.14.2	L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
7.14.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
7.14.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
7.14.5	L'équipe remet à l'utilisateur, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL
11.6	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille, l'organisme ou l'équipe où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	

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

L'évaluation de chaque membre du service devra être faite dans le but de consolider les acquis, encourager les bonnes pratiques ou apporter des améliorations nécessaires.

Les salles devraient être rénovées et agrandies dans le but de répondre aux demandes de plus en plus croissantes de la population.

L'équipe augmente sa performance dans un processus d'amélioration continue. Le projet Lean en ophtalmologie a permis d'augmenter le nombre de chirurgies ophtalmologiques de 7 de plus par semaine et de 266 chirurgies de plus pour l'année d'exercice 2013-2014. De plus, le délai d'attente moyen pour les chirurgies de la hanche a diminué significativement, passant de 24.5 semaines en 2012-2013 à 18.4 semaines en 2013-2014. Tandis que le délai pour les chirurgies du genou est passé de 27.4 semaines à 22.7 semaines.

Il existe une excellente collaboration au sein de l'équipe. Le Comité de gestion du bloc favorise la communication entre les différents membres de l'équipe interdisciplinaire.

Il existe une bonne interaction au niveau de l'équipe interdisciplinaire. Toutefois, il serait pertinent que les espaces soient agrandis et rénovés pour favoriser cette interaction.

Le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en place pour assurer la sécurité des usagers.

Le projet Lean instauré dans le service de chirurgie représente un excellent moyen de réorganisation des services tout en générant des outils mesurables au niveau de la qualité et de la sécurité des soins.

## Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

### 4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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

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

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

- Période de collecte de données : 11 avril 2014 au 6 mai 2014
- Nombre de réponses : 16

#### 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.	6	6	88	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	13	88	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.	6	13	81	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.	6	0	94	92
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	6	0	94	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	6	94	93
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	6	13	81	92
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	6	6	88	90
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	6	6	88	88
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	19	81	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.	0	7	93	92
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	27	73	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	6	94	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.	0	0	100	95
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	6	13	81	78
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	14	21	64	66
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	19	19	63	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	6	88	77
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	13	33	53	53
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	13	88	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	13	81	81
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	6	25	69	64
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	13	88	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.	13	6	81	78
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	6	0	94	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	0	100	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.	6	0	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	13	88	84
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	6	13	81	79
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	13	88	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	19	81	86
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	13	88	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

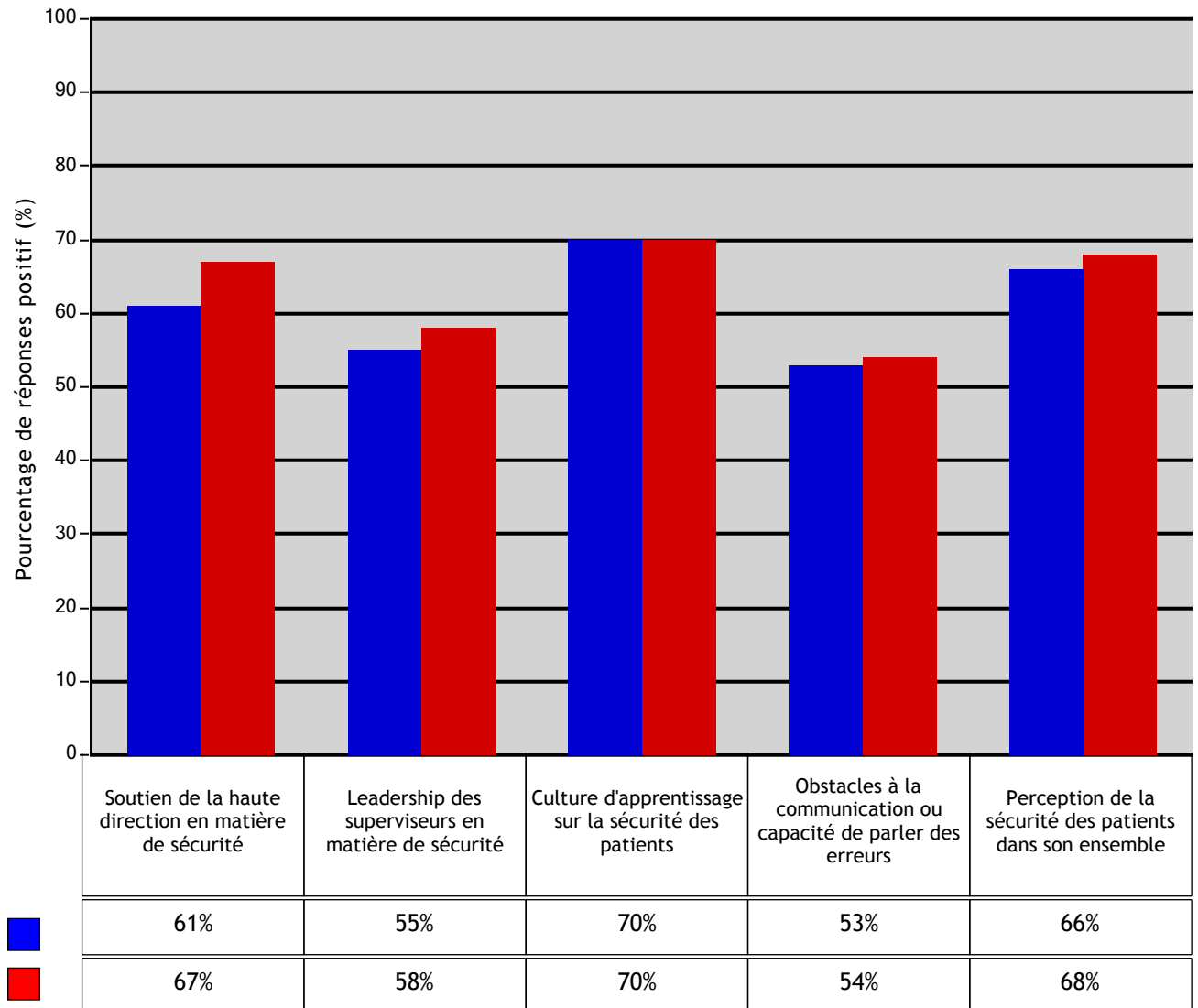
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 22 avril 2013 au 28 juin 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 286
- Nombre de réponses : 898

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 de la Haute-Yamaska
- \* Moyenne canadienne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Mobilisation :

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

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 808			Autres établissements du Québec n = 15175		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	80,00	79,00	81,00	78,00	76,00	80,00
JAUNE	Implication	73,00	72,00	75,00	72,00	69,00	76,00
JAUNE	Collaboration	78,00	77,00	79,00	77,00	74,00	79,00
JAUNE	Soutien	70,00	69,00	72,00	69,00	66,00	73,00
JAUNE	Communication	67,00	66,00	68,00	66,00	64,00	69,00
JAUNE	Leadership	71,00	70,00	73,00	70,00	67,00	74,00

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

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

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

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

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

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

## Clientèle hébergement :

Comparaison du degré de conformité aux attentes et aux besoins de la clientèle hébergée du CSSS de la Haute-Yamaska 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	85,00	89,00	86,00	85,00	88,00
JAUNE	Prestation professionnelle	87,00	85,00	88,00	83,00	81,00	86,00
JAUNE	Organisation des services	84,00	82,00	85,00	83,00	81,00	86,00

## Clientèle CH et CLSC :

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

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 710			Autres établissements du Québec n = 11451		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	89,00	88,00	89,00	89,00	87,00	90,00
JAUNE	Prestation professionnelle	86,00	85,00	87,00	86,00	85,00	88,00
JAUNE	Organisation des services	84,00	83,00	85,00	82,00	79,00	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.
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.