

**Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément**

Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux du Granit

Lac-Mégantic, QC

Dates de la visite d'agrément : 4 au 9 mai 2014

Date de production du rapport : 30 mai 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 du Granit (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 continu de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de sa pleine valeur.

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

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

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

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale



Sean P. Clarke
Président

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	14
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	16
3.0 Résultats détaillés de la visite	18
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	19
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	19
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	21
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	22
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	23
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	24
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	25
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	26
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	27
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	28
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	29
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	30
3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	32
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Populations de personnes âgées</i>	32
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	33
3.3.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	34
3.3.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées</i>	36
3.3.3 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	37
3.3.4 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	39
3.3.5 <i>Ensemble de normes : Services d'obstétrique</i>	40
3.3.6 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux</i>	42
3.3.7 <i>Ensemble de normes : Services de médecine</i>	45
3.3.8 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire</i>	47

3.3.9 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	49
3.3.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	51
3.3.11 Ensemble de normes : Services des urgences	54
3.3.12 Ensemble de normes : Services transfusionnels	57
3.3.13 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	59
3.3.14 Ensemble de normes : Soins et services à domicile	62
3.3.15 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	65
4.0 Résultats des outils d'évaluation	66
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	66
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	70
4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	72
4.4 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	73
4.5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)	75
5.0 Commentaires de l'organisme	77
Annexe A Processus prioritaires	78

Section 1 Sommaire

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

Étant donné l'accent que le Centre de santé et de services sociaux du Granit (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 du Granit 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 : 4 au 9 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 de santé et de services sociaux du Granit (Siège social)
- 2 Point de service Lac-Mégantic (CHSLD-Centre de jour)
- 3 Point de service Lambton (CLSC-CHSLD-Centre de jour)

- **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 de personnes âgées

Normes sur l'excellence des services

- 6 Normes relatives aux salles d'opération
- 7 Services de chirurgie
- 8 Services des urgences
- 9 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 10 Soins et services à domicile
- 11 Soins ambulatoires
- 12 Services de santé communautaire
- 13 Services d'imagerie diagnostique
- 14 Services de soins de longue durée
- 15 Services de médecine
- 16 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 17 Services d'obstétrique
- 18 Services transfusionnels

- 19 Services de laboratoires biomédicaux
- 20 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.)	105	2	0	107
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	99	1	0	100
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	580	25	22	627
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	160	2	1	163
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	186	7	1	194
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	58	0	1	59
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	892	32	20	944
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	70	2	0	72
Total	2150	71	45	2266

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	34 (100,0%)	0 (0,0%)	0	77 (98,7%)	1 (1,3%)	0
Normes sur le leadership	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	84 (98,8%)	1 (1,2%)	0	130 (99,2%)	1 (0,8%)	0
Prévention des infections	47 (97,9%)	1 (2,1%)	5	43 (100,0%)	0 (0,0%)	1	90 (98,9%)	1 (1,1%)	6
Gestion des médicaments	73 (94,8%)	4 (5,2%)	1	56 (90,3%)	6 (9,7%)	2	129 (92,8%)	10 (7,2%)	3
Populations de personnes âgées	26 (100,0%)	0 (0,0%)	0	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0	68 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	37 (97,4%)	1 (2,6%)	0	46 (97,9%)	1 (2,1%)	1	83 (97,6%)	2 (2,4%)	1
Normes relatives aux salles d'opération	66 (97,1%)	2 (2,9%)	1	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	96 (98,0%)	2 (2,0%)	1
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	37 (97,4%)	1 (2,6%)	2	56 (96,6%)	2 (3,4%)	1	93 (96,9%)	3 (3,1%)	3
Services d'imagerie diagnostique	63 (98,4%)	1 (1,6%)	3	59 (100,0%)	0 (0,0%)	2	122 (99,2%)	1 (0,8%)	5

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 d'obstétrique	61 (100,0%)	0 (0,0%)	2	74 (100,0%)	0 (0,0%)	1	135 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Services de chirurgie	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	65 (100,0%)	0 (0,0%)	0	95 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de laboratoires biomédicaux	61 (92,4%)	5 (7,6%)	3	87 (93,5%)	6 (6,5%)	5	148 (93,1%)	11 (6,9%)	8
Services de médecine	26 (100,0%)	0 (0,0%)	1	68 (98,6%)	1 (1,4%)	0	94 (98,9%)	1 (1,1%)	1
Services de santé communautaire	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	55 (100,0%)	0 (0,0%)	0	68 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0	112 (100,0%)	0 (0,0%)	0	129 (99,2%)	1 (0,8%)	0
Services de soins de longue durée	19 (79,2%)	5 (20,8%)	0	65 (90,3%)	7 (9,7%)	0	84 (87,5%)	12 (12,5%)	0
Services des urgences	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	93 (97,9%)	2 (2,1%)	0	124 (98,4%)	2 (1,6%)	0
Services transfusionnels	65 (97,0%)	2 (3,0%)	4	59 (93,7%)	4 (6,3%)	3	124 (95,4%)	6 (4,6%)	7
Soins ambulatoires	31 (93,9%)	2 (6,1%)	5	69 (94,5%)	4 (5,5%)	2	100 (94,3%)	6 (5,7%)	7
Soins et services à domicile	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	51 (98,1%)	1 (1,9%)	0	90 (97,8%)	2 (2,2%)	0
Total	831 (96,9%)	27 (3,1%)	27	1248 (97,3%)	35 (2,7%)	18	2079 (97,1%)	62 (2,9%)	45

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Abréviations dangereuses (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services d'obstétrique)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de chirurgie)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services des urgences)	Conforme	5 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	0 sur 4	0 sur 1
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	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)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	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 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 (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services 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
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 des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
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	0 sur 3	0 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	1 sur 3	2 sur 2
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)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le conseil d'administration :

Le conseil d'administration (CA) est bien structuré et fonctionne par sous-comités (comité de gouvernance, comité de gestion de vigie, comité de vérification, comité des ressources humaines). Les nouveaux membres sont bien intégrés et généralement reconnus au sein de la communauté. Les rôles sont bien définis entre l'équipe de gouvernance et l'équipe de direction; on retrouve une belle synergie entre ces deux équipes. Tous partagent les mêmes orientations et objectifs tels que définis dans l'exercice de planification stratégique.

La communauté et les partenariats avec celle-ci :

Plusieurs activités sont en place pour créer des rapprochements entre le CSSS du Granit et la population qu'il dessert. Du côté administratif, nous reconnaissons l'existence de multiples liens avec les partenaires des services publics par le biais de la Table des partenaires, des liens avec les établissements d'enseignement du territoire pour l'adéquation entre les besoins du CSSS et la formation des nouvelles ressources. Il y a beaucoup de concertation avec les CSSS de la région, de même qu'avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Au niveau population, des activités sont en place avec les étudiants de moins de 18 ans et de la garderie, comme « Des mains propres pour être en santé » et les activités de lecture pour les résidents. Tous les deux mois, il y a un encart dans le journal local où les services et leur accessibilité sont décrits. On peut retrouver des gens de la population aux assemblées ordinaires du CA.

De manière générale, nous constatons une très bonne collaboration entre le CSSS et ses partenaires, et il faut souligner les partenariats constructifs avec les ressources pour les personnes âgées.

La direction :

La tragédie ferroviaire a mis à l'épreuve la capacité de l'organisation à faire face à un événement de grande envergure et les équipes s'en sont sorti avec brio. Cela a servi d'apprentissage pour optimiser les plans des mesures d'urgence. L'équipe de direction connaît une grande stabilité et fait preuve de maturité. Les projets « Lean » ont apporté un dynamisme dans l'organisation et ont permis le maintien et l'amélioration de services dans un contexte de ressources humaines et financières plus rares. Il demeure important que la direction si fortement impliquée dans ses projets en assure la pérennité. Il faut souligner la consolidation de la culture de gestion de la qualité et de la gestion des risques.

Il ne faudrait pas passer sous silence la qualité de la préparation pour cette visite d'agrément de 2014.

La dotation en personnel et la qualité de vie au travail :

L'implantation de l'approche « Planetree », l'appréciation de la valeur des employés dans une organisation comme celle-ci, la structure de la direction des ressources humaines font en sorte que le CSSS du Granit est un employeur recherché.

Les employés bénéficient de formation, comme par exemple la formation des intervenants au regard des comportements perturbateurs qui est aussi associée à la politique contre le harcèlement et la violence en milieu de travail.

Le recrutement médical n'a jamais été aussi bon autant du côté de la médecine de famille que de la médecine spécialisée. Tous les postes sont pourvus de titulaires. Les indicateurs pour les ressources humaines, reconnus et suivis par les Agences et le MSSS, atteignent leur cible. Le personnel est dévoué et les usagers le reconnaissent.

La prestation des soins et services :

De manière générale, il faut mentionner le mouvement de concertation régionale des différentes tables cliniques depuis plusieurs années qui contribuent au développement des expertises. Au niveau local, la culture de sécurité et de qualité est fortement implantée de même que la prévention des infections. Au cours des trois dernières années, ces programmes se sont développés et structurés.

Quelques initiatives cliniques sont soulignées :

- 1) Le programme de dépistage du cancer du sein – mammographie;
- 2) L'approche Planetree;
- 3) La propreté des installations et protection de l'environnement; par ailleurs il faut souligner quelques enjeux fonctionnels au CHSLD, La maison paternelle, entre autres;
- 4) La présence de l'approche de rétablissement très apparente dans l'équipe de santé mentale;
- 5) Les efforts faits pour améliorer l'accessibilité en santé mentale et la grande qualité des services qui y sont offerts;
- 6) La relance téléphonique faite le lendemain d'une chirurgie (100 % des usagers), et ce, même le samedi, en postnatal, l'accueil psychosocial entre autres;
- 7) Le déploiement de gestionnaires de cas sur tout le continuum constitue une excellente initiative;
- 8) La rigueur au niveau des processus des laboratoires et la qualité des interventions;
- 9) La bonne collégialité entre les différents intervenants.

Par ailleurs, deux défis demeurent à être relevés, car on remarque des différences dans le CSSS comme l'approche interdisciplinaire qui devrait être plus développée en hébergement et la culture de la mesure qui est inégale dans les équipes rencontrées.

La satisfaction des clients :

Il existe un très haut taux de satisfaction des usagers en général. Par ailleurs, l'approche humaniste des services en hébergement au siège social du CSSS du Granit mériterait d'être poursuivie et consolidée.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété. *Un utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins et services à domicile 6.8 · Soins ambulatoires 8.4
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Sécurité liée aux narcotiques L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits narcotiques (opioïdes) afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents nocifs liés aux médicaments ne soient pas entreposées dans les unités de soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments 9.4
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Programme d'entretien préventif Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Normes sur le leadership 9.7

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains.	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention des infections 6.5
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes	
Stratégie de prévention des chutes 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Soins ambulatoires 17.2 • Services d'obstétrique 18.2 • Soins et services à domicile 8.8
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
Prévention des plaies de pression L'équipe évalue le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	<ul style="list-style-type: none"> • Services de soins de longue durée 8.4

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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



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

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

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

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

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

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


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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur la gouvernance	
<p>13.8 Le conseil d'administration évalue régulièrement son propre fonctionnement au moyen de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance.</p> <p>13.8.2 Le conseil d'administration a pris des mesures selon ses derniers résultats découlant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance.</p>	

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

Le conseil d'administration (CA) du CSSS du Granit a révisé ses règlements en mai 2013. La composition du CA est tout à fait conforme aux lois et règlements en vigueur. Les nouveaux membres bénéficient d'une période d'accueil (rencontre avec le DG, visite du CSSS, etc.). Les membres du conseil sont satisfaits de l'information reçue, soit la documentation écrite 5 jours avant la tenue des réunions, les présentations par les directeurs ou autres intervenants en plénier et à l'assemblée publique. Ils sont à l'aise de poser des questions et sont satisfaits des réponses reçues.

Les membres ont aussi contribué à l'exercice de planification stratégique 2013-2015. Ils ont eu la possibilité d'émettre leurs préoccupations et enjeux; ils en sont de bons ambassadeurs au sein de leur communauté. Le directeur général est évalué annuellement. Le Conseil d'administration fonctionne par sous-comités : comité sur la gouvernance, comité de vérification, comité de vigie, comité des ressources humaines, pour n'en nommer que quelques-uns. Les présidents des comités soutiennent que les comités sont actifs, remplissent bien leur rôle et des rapports sont transmis lors des réunions régulières du CA.

Au niveau financier, le CSSS du Granit est en équilibre budgétaire depuis la dernière visite de 2011. La culture de sécurité est présente; des ressources ont été allouées pour assurer que cette priorité stratégique transcende dans l'organisation. Le comité de vigie de même que la directrice de la qualité présentent plusieurs tableaux de bord au CA sur gestion de la qualité et des risques. Une stratégie de communication est développée depuis les dernières années autant avec les médecins et tout le personnel de même qu'avec les principaux acteurs des autres CSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Il existe aussi une table de concertation avec des personnes influentes de la communauté : préfet, mairie, commissions

scolaires, Sûreté du Québec, entrepreneurs, etc. Ceci constitue une bonne tribune pour le partage (préoccupations, attentes, etc.). Tous les deux mois, le directeur général utilise le journal local pour informer la population aux différents services et aux moyens pour y accéder.

Les membres du CA sont fiers du travail réalisé par les différents intervenants et participent aux activités de reconnaissance. La qualité du rapport annuel 2012-2013 mérite d'être soulignée, le contenu est concis et très pertinent et en étroite relation avec l'exercice de planification stratégique.

3.1.2 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

Conformément aux attentes ministérielles, le CSSS du Granit s'est doté d'un exercice de planification stratégique 2013-2015. On y retrouve la mission, la vision et les valeurs organisationnelles. Plus de 200 personnes ont participé à l'identification et priorisation de ses valeurs. Il est à souligner que les valeurs sélectionnées sont les mêmes que celles retrouvées dans l'approche Planetree. Nous sommes alors à même de constater l'intégration de l'approche humaniste dans l'organisation.

L'équipe de direction et l'équipe de gouvernance sont à l'écoute des besoins de sa population et du personnel. Les choix stratégiques, les enjeux et les objectifs identifiés sont collés à la réalité du milieu et issus des préoccupations de mise en place, d'harmonisation et de développement divers. L'équipe du CSSS du Granit est particulièrement fière d'un nouveau service, soit celui de la mammographie, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme centre satellite du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. De plus, l'amélioration du climat de travail et la mobilisation des médecins, professionnels et employés sont source d'une grande fierté. Le souci de soins et services de qualité et sécuritaires est omniprésent.

Il existe des plans opérationnels qui suivent le déroulement de ces différents projets et le rapport annuel de gestion reflète toutes ses actions. Il y a une grande harmonisation entre la planification, la mise en oeuvre et la reddition des comptes.

Les intervenants de l'interne et les partenaires externes ont été consultés lors de l'exercice de planification et les résultats obtenus sont diffusés par différents médias : table de concertation, rencontre du directeur général, intranet, le journal local, journal interne : Info Action.

3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

La gestion des ressources financières se fait de façon très rigoureuse. Nous avons rencontré une équipe chevronnée qui a su développer au fil des années des outils de planification et de suivi budgétaires. Tous les nouveaux gestionnaires sont rencontrés à leur arrivée et le cycle budgétaire est expliqué. L'équipe de direction et les gestionnaires contribuent chaque année à l'élaboration d'un budget équilibré. L'ensemble des demandes est tenu en compte et les décisions sont prises sur des données probantes. Des outils de performance cliniques et administratifs sont mis à la disposition des décideurs. Il existe aussi des exercices de comparaisons (SOFI) avec des CSSS comparables. À chaque période, les résultats sont analysés et le comité de vérification du CA participe à cet exercice lors de ses réunions, au nombre de 10 par année. Un exercice très complet est aussi fait et avec la même rigueur au niveau des budgets d'immobilisation, maintien des actifs, équipements médicaux et mobilier. Le CSSS du Granit participe activement à la reddition de comptes à son conseil d'administration et à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
10.12 Le personnel d'encadrement de l'organisme mène des entrevues de départ et utilise cette information pour améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	

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

L'engagement du CSSS du Granit dans une démarche d'affiliation au Réseau Planetree Québec démontre ses préoccupations quant à la valorisation des interactions humaines et du capital humain. Lors d'une démarche d'évaluation organisationnelle en 2011, le réseau Planetree reportait : « Les excellentes relations interpersonnelles, l'atmosphère chaleureuse, les soins et services humains et personnalisés de même que la fierté, la motivation et l'engagement auprès de la clientèle, le CSSS du Granit comme un employeur de choix de même qu'une appréciation des activités de reconnaissance. » Suite à cette première visite, le CSSS a tout mis en oeuvre pour travailler les zones d'amélioration. La philosophie est intégrée à l'ensemble des activités de gestion de la qualité. Nous sommes en mesure de reconnaître les efforts du CSSS pour offrir au personnel un milieu de travail agréable et faciliter la conciliation travail-famille (horaire 7/7, places en garderie disponibles pour des horaires atypiques).

Les succès reliés aux activités de recrutement et de rétention font que l'ensemble des postes est doté. Qu'il y a eu avec le temps plusieurs exercices de réorganisation du travail, et un partenariat avec la communauté pour réussir à pouvoir compter sur du personnel compétent par une formation adaptée aux besoins du CSSS offerte par des milieux de formation de Lac-Mégantic.

Il existe des programmes d'accueil, des programmes d'orientation, de gestion des talents. Le personnel a accès à des activités de formation intégrées dans un plan de développement des ressources humaines (PDRH) et un programme d'appréciation de la contribution est implanté. Les employés sont évalués aux 2-3 ans, mais ceci pourrait être variable d'un secteur à l'autre. La promotion interne est fortement encouragée.

3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Dans l'exercice de planification stratégique 2013-2015, le premier enjeu est « L'amélioration de la qualité et de la sécurité des services » et se décline sur une orientation « Améliorer la qualité et la sécurité des soins et services dispensés à la clientèle en conformité avec les normes reconnues ». Cette priorité organisationnelle est connue et partagée de tous. La direction générale a mis une structure en place pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité et la gestion des risques.

Au cours des dernières années, des efforts considérables ont été réalisés pour décentraliser les différents processus afin de rechercher une appropriation plus grande de la démarche de gestion de la qualité et des risques auprès d'un grand nombre de gestionnaires et d'intervenants.

Les professionnels rencontrés ont un souci d'offrir des soins et services de grande qualité et toujours soutenus par les meilleures pratiques. Les professionnels sont encouragés à maintenir leur compétence à jour et la régionalisation reconnue en Estrie favorise une mise à jour continue des connaissances.

La gestion des risques est aussi très développée; chacun des secteurs d'activités évalue ses risques (risques cliniques, risques reliés à la santé et sécurité, risques financiers). Le CSSS du Granit utilise plusieurs outils du Manuel de gestion des risques du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Il faut souligner le sérieux accordé par la direction à tous les événements à risque comme les avis de dangerosité émis par le personnel à la demande de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) qui sont analysés selon une procédure de traitement émise par la direction. Toute la question de la déclaration des incidents/accidents, la divulgation. Le suivi accordé aux événements sentinelles (au moins trois exemples discutés) se fait du début à la fin : il y a déclaration, analyse, partage des informations, rétroaction auprès des équipes de travail. Les rapports sont transmis lors des rencontres de gestionnaires et sont disponibles aussi électroniquement.

Dans le cadre du processus prioritaire de gestion du médicament, le BCM est implanté au-delà des exigences de 2014.

Nous pouvons aussi mentionner que la culture de sécurité, l'amélioration de la qualité et la gestion des risques sont des dimensions connues et pour lesquelles plusieurs personnes s'impliquent et aimeraient s'impliquer encore plus. Les personnes rencontrées souhaitent être partie prenante des décisions et intervenir dès le début comme étant souvent le personnel le plus directement concerné, soit par une situation indésirable, soit par l'identification d'une piste de solution des plus prometteuses.

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)

À la suite de la dernière visite d'agrément en 2011, le CSSS du Granit a développé un cadre conceptuel en éthique très bien structuré et révisé en avril 2014.

Comme mentionné dans le cadre conceptuel, « l'éthique clinique réfère à des principes et des valeurs reconnus dans la dispensation des soins et des services aux usagers. Le CSSS du Granit reconnaît ses usagers dans leur unicité, leur vulnérabilité et dans leur dignité, il importe de clarifier comment envisager et traiter les situations particulières ou hors-normes qui se présentent. »

Le comité est actif, il se réunit 5 à 6 fois par année, des activités de formation (colloques, lectures, etc.) sont disponibles. Le comité est facilement accessible et les membres se rendent rapidement disponibles pour supporter les équipes dans leur prise de décision face à des situations difficiles. Le comité a suggéré qu'il y ait inscription de la consultation (au comité d'éthique) au dossier médical de l'utilisateur.

Lors de projet de recherche multi centrique, ce dernier doit être approuvé par des comités d'éthique à la recherche reconnue (entre autres par celui du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – CHUS).

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)

Nous avons constaté la diversité des moyens de communication qui sont utilisés pour s'assurer d'une bonne diffusion de l'information quand à l'interne qu'à l'externe.

Depuis la dernière visite de 2011, il ressort une diversification et une intensification plus grande des médias et des contenus. L'intranet est disponible depuis.

Les partenaires et les usagers sont rejoints par différentes tables de concertation, par la présence d'un organisateur communautaire dans le milieu, les activités de la Fondation de même que le journal et la radio locale. Il a été aussi souligné la qualité du rapport annuel en gestion 2012-2013 en lien avec l'exercice de planification stratégique. La confidentialité et l'intégrité des informations cliniques sont assurées par un service des archives et un service des ressources informationnelles. Du côté de l'informatisation, tout se fait régionalement et centralisé par le technocentre et le CHUS.

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)

Les installations physiques sont propres et accessibles aux usagers à mobilité réduite. Les systèmes mécaniques sont entretenus et inspectés, l'établissement dispose des certificats requis. Les systèmes de relève pour faire face à des pannes majeures des services publics et de télécommunication sont élaborés et disponibles. L'accessibilité aux divers espaces est sécurisée par l'usage de code d'accès ou de carte magnétique.

Une attention devrait être portée au rafraîchissement des surfaces murales à l'unité de courte durée. De plus, l'utilisation d'un matériel non poreux pour les mains courantes faciliterait le nettoyage et la prévention des infections. Un calendrier de nettoyage devrait être mis en place pour les étagères de matériel clinique au magasin central. Pour des motifs de sécurité, les panneaux électriques devraient verrouillés dans les zones cliniques ou d'accessibilité publique.

Nous avons noté une insuffisance de vestiaires pour le personnel, de telle sorte que celui-ci dépose leur vêtement à divers endroits improvisés dans leur aire de travail.

Dans une approche de gestion des risques, l'organisme est invité à élaborer une politique encadrant l'usage de téléviseurs personnels lors de l'hospitalisation.

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

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

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

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

La gestion de la tragédie ferroviaire de 2013 a servi de traceur. Cette tragédie affecte la population, les employés du CSSS et leurs proches. Les effets se font encore sentir. Celle-ci avait été précédée d'un exercice de code orange à grand déploiement qui simulait à plusieurs égards la tragédie qui allait suivre. L'exercice de code orange a permis d'améliorer les plans de mesures d'urgence bien que des gens ont réalisé comment ils étaient prêts à faire face à un événement de grande envergure.

Voici quelques constats à la suite de la tragédie. L'organisation a démontré beaucoup de créativité au niveau des évacuations et transferts et en particulier sur le plan de la cohabitation de clientèle avec des besoins différents dans un même lieu physique. L'efficacité dans les liens entre partenaires sectoriels, intersectoriels et du secteur privé constitue un élément marquant (CSSS avoisinants, organismes communautaires, milieu scolaire, sécurité civile, prévention des incendies, ministères, commerces, initiatives individuelles, etc.). Une discussion avec les propriétaires de deux résidences pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes situées près du sinistre a permis de constater que le CSSS avait donné le soutien attendu et que la communication entre le CSSS et chacun des deux organismes était continue. L'aide pour le transfert a été particulièrement appréciée.

Les équipes de rétablissements se sont démarquées par des interventions sur le site du sinistre, dans les lieux publics, dans les lieux de transfert et dans le CSSS autant en pré triage qu'en intervention directe. Une discussion avec des parents ayant perdu leur fille dans la tragédie et recevant des services pour les couples endeuillés nous a témoigné de leur grande satisfaction au regard des services reçus et du respect de leurs choix. « Nous ne savons pas où nous serions aujourd'hui si nous n'avions pas eu le soutien du CSSS », nous ont-ils dit. Ils souhaitent que les services de l'équipe de rétablissement soient maintenus, car ils en ont encore besoin. À l'interne, des mesures ont également été déployées par le programme d'aide aux employés.

Selon le comité COPIN (Comité de planification et d'intervention), les éléments qui ont garanti le haut niveau de rendement sont la préparation par l'exercice de code orange, la solidarité des employés et de la population, leur dévouement, la mobilisation de toutes les instances de la communauté et le partenariat avec les autres établissements.

Les constats du comité COPIN ont permis d'identifier des pistes d'amélioration, dont les suivantes : amélioration des communications entre les différentes instances, identification de mesures alternatives pour pallier les pannes de systèmes publics et d'appoints (électricité, fibre optique, eau, etc.), etc. D'autres aspects à améliorer ont été mentionnés par l'équipe : meilleure formation aux cadres, communication entre les instances pour une meilleure coordination, meilleure planification de la gestion des initiatives de la communauté qui veut aider immédiatement, disponibilité des données-clientèle en tout temps, etc. Ces observations leur ont déjà permis de faire les corrections appropriées à leurs plans.

L'expérience du CSSS du Granit mérite d'être partagée à d'autres organisations en raison de l'envergure de la tragédie, mais aussi en raison de la grande mobilisation des différents acteurs. Le CSSS est interpellé par différentes instances pour présenter son expérience dans des colloques provinciaux et internationaux.

3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Les clients desservis par le CSSS du Granit connaissent bien les services cliniques et diagnostiques qui sont faciles d'accès.



Le cheminement des patients est bien rodé et les temps d'attente ne représentent aucun obstacle majeur à l'accessibilité aux soins.

Le chef des services de courte durée et services spécialisés occupe un rôle important dans la bonne gestion quotidienne des lits de l'établissement. Appuyé par une politique de gestion de lit, révisée en avril dernier, il travaille en étroite collaboration avec plusieurs intervenants, notamment, le médecin coordonnateur de l'urgence, le médecin responsable de l'hospitalisation, les assistantes infirmières-chefs et l'infirmière de liaison de l'urgence.

L'organisation s'est dotée d'un plan de gestion de débordement de l'urgence. Celui-ci précise le niveau d'alerte selon le taux d'occupation des civières et du nombre de patients en attente de lits. Les moyens d'intervention sont clairement définis ainsi que les responsabilités de toutes les instances (CH, réseau communautaire, Agence).

3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
<p>9.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.</p> <p>9.7.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme dispose d'un processus pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	
<p>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.</p>	
<p>10.1 Le service de retraitement des appareils médicaux dispose d'une zone pour l'entreposage des appareils médicaux stérilisés.</p>	
<p>12.6 L'équipe vérifie et consigne la qualité des services de retraitement offerts dans d'autres secteurs ou par des sous-traitants.</p>	<p></p>
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'établissement s'est doté d'un plan directeur pour son parc d'équipements médicaux. Un processus structuré, connu, est en place pour prioriser, sélectionner et acheter l'équipement et les appareils médicaux. La procédure d'acquisition est respectée par tous les intervenants cliniques, administratifs et médicaux. En 2012, l'organisme a élaboré un programme d'entretien préventif. Un nouveau système informatique « Maint » a été mis en place permettant de faciliter le suivi des entretiens. Il serait indiqué et pertinent d'évaluer l'efficacité de ce nouveau mode de fonctionnement ainsi que les services biomédicaux dispensés par un fournisseur externe.

Au CSSS du Granit, toutes les activités de retraitement, incluant celles en endoscopie, sont centralisées à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM). Celle-ci offre aussi des services à une clinique médicale de la municipalité. Une évaluation de la qualité des services serait indiquée puisqu'elle s'inscrit au plan d'amélioration continue de la qualité.

Au plan fonctionnel et technique, le service respecte les normes au niveau des zones de travail dédiées pour la décontamination, le montage de plateaux et la stérilisation. Il n'y a pas de local dédié pour l'entreposage du matériel stérile. Celui-ci se situe dans la zone des stérilisateurs, un endroit où du matériel excédentaire non stérile est rangé. Il faut préciser que la majorité du matériel retraité stérile est dirigé et entreposé au bloc opératoire, dans un local conforme aux normes. Les surfaces de travail, les murs, les planchers sont

adéquats, à l'exception de la surface dédiée au montage et l'emballage de certains plateaux qui est fait sur une table recouverte d'un matelas de civière perforé et juxtaposé à un mur. Les risques d'altération du papier d'emballage sont présents. De façon générale, les espaces de travail permettent de répondre au volume d'activités. Il y aurait lieu toutefois, de revoir l'aménagement des zones tout en considérant les processus de travail afin d'optimiser l'utilisation des espaces et assurer une qualité totale du retraitement.

Le service ne dispose pas d'un système pour effectuer une traçabilité complète du matériel retraité en lien avec le patient. Toutefois, en endoscopie, un registre est tenu permettant d'associer l'endoscope utilisé pour l'examen du patient. La mise en place d'un processus de traçabilité intégré devient indispensable pour une organisation et facilitante en situation de rappel.

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

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

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

Santé et bien-être de la population

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

3.2.1 Ensemble de normes : Populations de personnes âgées

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<p>Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population</p>	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
<p>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</p>	
<p>Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population</p>	
<p>L'organisation possède des gestionnaires de cas qui suivent l'utilisateur à toutes les étapes de son cheminement de la première à la deuxième ligne. Ceci constitue une force importante au niveau de la continuité des soins et services. L'outil OSIRSIPA (Outil de suivi de l'implantation des composantes du réseau de services intégrés aux personnes âgées) est déployé à 80 %. Il existe un plan d'action avec échéanciers visant l'atteinte de résultats en lien avec la clientèle des personnes âgées.</p> <p>Une discussion avec un partenaire de transport adapté et un autre offrant de l'aide à domicile aux personnes âgées a permis de constater que le CSSS du Granit entretient une excellente communication avec ses partenaires. Les communications écrites et verbales sont efficaces et les retours d'appel sont faits en temps opportun. La gestion des situations complexes est à la grande satisfaction des partenaires qui se disent entendus dans leurs demandes. Ils disent être satisfaits des relations.</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.

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
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
1.3 Le comité interdisciplinaire évalue régulièrement ses rôles et ses responsabilités, et apporte des améliorations au besoin.	
9.4 L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits narcotiques (opioïdes) afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents nocifs liés aux médicaments ne soient pas entreposées dans les unités de soins. 9.4.1 Au moins une fois par année, l'organisme dresse un inventaire des produits narcotiques (opioïdes) ci-dessous entreposés dans les unités de soins : <ul style="list-style-type: none"> • Fentanyl : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 100 mcg par contenant; • Hydromorphone: les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 2 mg; • Morphine: les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 15 mg dans les unités de soins pour adultes et de 2 mg dans les unités de soins pédiatriques. 	 PRINCIPAL
11.2 L'organisme dispose d'une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes.	!
13.3 L'organisme range les médicaments de chimiothérapie dans une salle séparée à pression négative qui est ventilée adéquatement; ces médicaments sont isolés des autres fournitures.	!
13.4 L'organisme range les gaz anesthésiques et les agents anesthésiques volatils à l'état liquide dans des aires dotées d'une ventilation adéquate, conformément aux directives du fabricant.	!
15.1 Le pharmacien examine les prescriptions et les ordonnances de médicaments émises dans l'organisme avant l'administration de la première dose.	!
27.4 Le comité interdisciplinaire réalise régulièrement une évaluation complète de son mécanisme de gestion des médicaments.	

27.5	Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments.	
27.6	Le comité interdisciplinaire classe par ordre de priorité les évaluations de l'utilisation des médicaments, puis les réalise.	
27.7	Le comité interdisciplinaire utilise l'information recueillie concernant son mécanisme de gestion des médicaments pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et il apporte des améliorations au bon moment.	
27.8	Le comité interdisciplinaire communique les résultats des évaluations au personnel et aux prestataires de services.	

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Le service est propre et bien organisé. Bien que l'accès au service soit sécurisé, il faudrait trouver une façon d'empêcher l'ouverture de la porte autrement qu'avec la carte magnétique.

L'établissement dispose de deux comités pour soutenir le département de pharmacie : le comité de pharmacologie et plus dernièrement le comité interdisciplinaire. Ce dernier jouera un rôle moteur dans l'amélioration de la qualité.

Les dépôts à l'extérieur de la pharmacie sont encombrés et du matériel est déposé directement sur le sol.

La gestion des antimicrobiens est bien implantée. L'analyse quantitative est à poursuivre.

Il existe des ordonnances préétablies et des protocoles pour encadrer l'usage de certains antibiotiques.


Au regard de la gestion des médicaments à risque élevés, des politiques sont élaborées, diffusées et connues. Pour fermer la boucle, il reste à mesurer le niveau de conformité de l'application de ces politiques, notamment celle de la double vérification indépendante.

Il existe une politique d'auto-administration des médicaments en obstétrique pour certains médicaments courants. En vue de poursuivre cette volonté d'autonomisation, l'établissement est invité à l'étendre à d'autres médicaments ou à d'autres clientèles telles qu'à l'unité transitoire de récupération fonctionnelle.



Lors de la visite, nous avons observé qu'il y a un grand nombre de médicaments disponibles à l'extérieur du service de pharmacie, afin de suppléer aux heures de fermeture du service. Cette pratique déborde le cadre des situations d'urgence et devrait faire l'objet d'une analyse régulière sur l'utilisation de tous ces médicaments par le comité interdisciplinaire. Ce commentaire est d'autant plus important pour la médication intraveineuse qui, à la pharmacie, est préparée dans des conditions très contrôlées, ce qui n'est pas le cas hors pharmacie.

De façon générale, l'ampleur et la structure de la documentation fournie au visiteur démontrent un grand souci d'intégrer les critères de qualité et sécurité dans les pratiques quotidiennes. Cependant, les éléments de mesure et évaluation sont à systématiser.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	
4.4 L'organisme place les PON dans des endroits où celui qui effectue une ADBD peut facilement y avoir accès.	
6.7 L'organisme entrepose les réactifs et le matériel servant aux ADBD dans des conditions ambiantes adéquates.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	
<p>Le programme des analyses de biologie délocalisées (ADBBD) est bien implanté dans l'organisation. Les procédures sont élaborées et sont conformes aux normes.</p> <p>Un comité est implanté et est formé d'une équipe multidisciplinaire, dont un médecin biochimiste du centre régional (CHUS) qui est président et responsable des ADBD. Ce comité s'est réuni à quelques reprises depuis son implantation. Les objectifs ont été définis et le plan d'action a été élaboré. Beaucoup d'échanges multidisciplinaires se font, selon les besoins, en dehors des réunions formelles.</p> <p>Un programme de formation et d'amélioration continue est très bien structuré et implanté pour tous les intervenants effectuant les ADBD.</p> <p>La diversité des ADBD est en nombre limité dans cet établissement (glucomètres et tests de grossesse) et est effectuée par les infirmières sous la supervision de l'assistante-chef du laboratoire.</p> <p>Les informations sont colligées dans un système de gestion des données par logiciel QCM.</p> <p>Un grand souci d'offrir des services sécuritaires et de qualité est observé.</p>	

3.3.3 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
6.5 L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains. 6.5.2 L'organisme partage les résultats de sa vérification avec le personnel, les prestataires de services et les bénévoles. 6.5.3 L'organisme utilise les résultats de la vérification pour apporter des améliorations à ses pratiques liées à l'hygiène des mains.	 SECONDAIRE SECONDAIRE
7.3 L'information donnée aux clients et aux familles est consignée dans le dossier du client.	

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

L'année 2011 fut une année charnière en matière de prévention et contrôle des infections (PCI). Une nouvelle infirmière en PCI a été nommée. De par son dynamisme et sa très grande visibilité, l'infirmière exerce un leadership mobilisateur partout dans l'établissement et au sein de la table régionale. Elle est reconnue de par son expertise et son engagement dans l'amélioration continue des soins et services. Cette personne a permis le développement de partenariat avec le service des achats, d'hygiène salubrité, les services techniques et l'unité de retraitement des dispositifs médicaux. Plus précisément, l'infirmière de PCI travaille étroitement avec le service d'hygiène et salubrité en émettant des recommandations en matière de procédures de nettoyage et en participant à l'élaboration de grilles d'audit pour évaluer la qualité des désinfections. Elle surveille activement tous les cas d'isolement hospitalisé, les infections nosocomiales SARM, ERV, Clostridium difficile, les infections du champ opératoire et l'antibioprophylaxie. Des rapports périodiques sont déposés aux instances supérieures. En situation d'éclosions, elle est accompagnée, depuis avril 2012, d'un comité interdisciplinaire de gestion des éclosions. La procédure de détection précoce et de gestion des éclosions, mise en place, mérite d'être soulignée.

La vaccination antigrippale fait l'objet d'une campagne annuelle auprès du personnel, des prestataires de services et des bénévoles. En 2013, le taux de vaccination chez le personnel a augmenté de 50 % par rapport à 2012. Cette amélioration est garante du travail interdisciplinaire qui a été fait et du plan d'action mis de l'avant.

En ce qui concerne l'hygiène des mains, l'organisme collabore avec ses partenaires pour inciter la communauté à participer aux projets qui portent sur le lavage des mains. D'ailleurs, la réalisation d'un concours de dessins pour les jeunes de 18 ans et moins « Des mains propres pour être en santé » via les écoles et les garderies du territoire du Granit a connu un grand succès, cette initiative mérite d'être soulignée. À l'interne, les solutions hydroalcoolisées sont en place aux endroits stratégiques de l'établissement avec des affiches promotionnelles. L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies par un audit réalisé dans les unités de soins en mars 2014. La compilation des données est en cours. Il est prévu qu'une transmission des résultats sera faite au personnel et qu'un plan d'action sera élaboré. Une pochette d'accueil est remise à l'usager lors de son admission dans les unités de soins. On y retrouve notamment un dépliant d'information sur

l'hygiène des mains. Il est indiqué de documenter au dossier de l'utilisateur l'information qui lui est donnée sur l'hygiène des mains.

Tous les documents organisationnels (programme PCI, politiques, procédures et activités) sont basés sur plusieurs références : CINQ, CDC, Santé Canada, normes CSA et OMS. Plusieurs pratiques standardisées en matière de prévention et de contrôle émanent du guide provincial élaboré par les représentants de la table régionale de concertation.

L'évaluation du risque en matière d'infection n'est pas faite chez tous les clients. Un projet de le faire dès l'admission a été lancé. L'organisme est donc encouragé à poursuivre ses efforts en ce sens.

3.3.4 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	
5.1 L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Les services offerts en imagerie sont diversifiés et répondent à la demande. Depuis 2012, deux étapes importantes ont été franchies en mammographie, soit la certification de l'Association canadienne des radiologistes et l'accréditation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PDCS).

Pour les examens d'échographie et de scopie digestive, trois radiologistes viennent en alternance afin de couvrir en moyenne quatre jours semaine. Des radiologistes du CHUS font la lecture à distance et un service de garde est assuré en tout temps. Le délai de lecture moyen est de 7 heures et la transcription des données est faite en dedans de 48 heures, ce qui est excellent.

Les services d'imagerie diagnostic sont propres et bien organisés. Toutes les politiques et procédures sont accessibles au personnel et ont fait l'objet d'une mise à jour récente. Le département a développé de l'excellent matériel d'information pour la clientèle et le volet « Votre sécurité... une responsabilité partagée » y est inclus.

L'équipe a mis beaucoup d'effort dans le développement d'un questionnaire d'évaluation sur la satisfaction de la clientèle. Le taux de répondants est cependant très faible et les résultats sont peu significatifs. L'équipe est encouragée à revoir le processus afin de s'assurer de la pertinence des résultats.

Il n'y a pas de preuve démontrant que le personnel de l'imagerie a participé à une formation sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT). Une icône SIMDUT est disponible sur chacun des postes informatiques. Une formation d'appoint serait indiquée.

3.3.5 Ensemble de normes : Services d'obstétrique

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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


Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

Le service d'obstétrique est bien organisé. Bien que dans un environnement hospitalier, on constate le souci de l'équipe de procurer aux usagers des aménagements se rapprochant du domicile. Les valeurs de l'organisation sont présentes, on ressent le respect et la dignité.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire est active et se réunit formellement une fois par année pour évaluer l'atteinte de ses objectifs, son fonctionnement et repositionner ses actions. La bonne collaboration entre les divers intervenants est soulignée par ceux-ci.

L'organisation médicale permet d'offrir des services à l'ensemble des futures mamans du territoire. Il s'agit d'une volonté clairement exprimée de faire en sorte que toute la clientèle visée reçoive ses services au CSSS du Granit.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les programmes d'orientation sont à jour et complets. Les intervenants sont soucieux de maintenir leur connaissance en organisant de la formation en néonatalogie, à titre d'exemple. La participation au programme AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) démontre la volonté du service d'offrir des soins et services de qualité et sécuritaire.

Il y a des rencontres planifiées avec les membres du personnel pour tous les quarts de travail.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La satisfaction de la clientèle est évaluée par le moyen d'un appel téléphonique pour toutes les clientes du service.

Les lignes de conduite concernant le deuil périnatal sont écrites. On y sent un profond humanisme.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La volonté de l'organisme d'obtenir la certification « Ami des Bébés » est favorablement remarquée.

Il n'y a pas de programme de prévention des chutes. L'équipe doit identifier la clientèle ciblée et appliquer le programme pour celle-ci.

3.3.6 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services de laboratoire.	
1.3 L'équipe se réunit au moins tous les deux ans pour passer en revue l'information recueillie auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
7.2 Le laboratoire a suffisamment d'espace pour réaliser les activités du laboratoire.	
7.3 Le laboratoire est accessible et sécuritaire pour les usagers à mobilité réduite ou dont les capacités visuelles ou auditives sont limitées.	!
9.1 L'équipe dispose du matériel nécessaire pour maintenir les conditions ambiantes appropriées dans les réfrigérateurs et d'autre équipement critique.	
9.6 L'équipe vérifie si l'équipement de secours est disponible, en état de fonctionnement et lié au système de sécurité de l'organisme, et elle consigne ces renseignements.	
14.3 L'équipe cerne, évalue et corrige les défaillances de l'équipement au bon moment.	!
30.1 L'équipe dispose d'un système complet de gestion de la qualité.	!
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.	
30.8 L'équipe établit des indicateurs de qualité et en fait le suivi pour évaluer son rendement, et elle communique les résultats aux membres de l'équipe et à d'autres programmes, services ou organismes.	!
30.10 L'équipe s'appuie sur les données qui découlent du suivi des indicateurs et des évaluations pour guider ses décisions et pour apporter des améliorations continues aux procédures et au système de gestion de la qualité du laboratoire, et ce, en temps opportun.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Les médecins utilisateurs de services sont très satisfaits des services offerts par les laboratoires. Les ordonnances sont respectées et les résultats sont transmis dans les temps opportuns. La communication avec les technologistes des laboratoires est très fluide avec les différents intervenants. Le directeur médical du laboratoire assure un suivi clinique pour les indications et la pertinence des prescriptions d'analyses. De l'enseignement médical se fait sous forme de rencontres, de réunions et par l'organisation de mini congrès avec différents spécialistes.

Les procédures opératoires normalisées (PON) sont à jour et implantées. Un système de gestion documentaire aurait avantage à être installé pour faciliter les mises à jour et la diffusion électronique des procédures.

L'aménagement de certains services des laboratoires serait à revoir, comme la réception des spécimens provenant d'autres points de services qui se fait dans le bureau de l'assistante-chef. La salle de prélèvement est en voie d'agrandissement, ce qui permettra de se conformer aux normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite et aux normes concernant l'ergonomie du travail. La sécurité des usagers sera grandement améliorée par l'ajout de chaises permettant l'inclinaison de l'utilisateur en cas de malaises.

Les indicateurs de qualité devront être développés de façon formelle, afin de pouvoir mesurer les services offerts aux utilisateurs et la performance du laboratoire. Des suivis et des actions ciblées pourront être pris dans un continuum d'amélioration de la qualité. Toutefois, des réunions ponctuelles réunissant différents intervenants sont planifiées avec la direction afin de discuter des améliorations de la qualité des services de laboratoire et de la satisfaction des utilisateurs.

Le programme informatique Ariane, en collaboration avec le centre régional de Sherbrooke (CHUS) permet l'uniformisation régionale des pratiques, facilite la communication entre les différents utilisateurs de services et permet l'acheminement des résultats d'analyses en temps opportuns. Le comité PRIE formé pour l'harmonisation du module laboratoire est un point fort pour la région de même que la participation à la table régionale de gouvernance et des dossiers cliniques et informatiques.

Le transport des échantillons entre les différents points de services et l'envoi du CSSS du Granit au centre régional CHUS se fait de façon sécuritaire et répond aux normes.

L'entretien des équipements se fait par le département de génie biomédical. Toutefois, ce département vient d'être créé et les processus sont en voie d'actualisation. Les contrats de service se feront de façon régionale et seront supportés par le CHUS ce qui améliorera l'efficacité et la réduction des coûts. Le système de prise de température des réfrigérateurs et congélateurs devra permettre de vérifier l'historique des températures avec les heures indiquées, ce qui n'est pas le cas actuellement. Un système de chartre des températures intégré aux réfrigérateurs et aux congélateurs serait une solution avantageuse. Un système de ventilation aurait avantage à être installé au laboratoire pour permettre la stabilité de la température des différents équipements. Des écarts de température ont été observés pour différents équipements, dû à la trop grande chaleur que les équipements dégagent dans un endroit restreint.

Le programme de formation pour les technologistes est très bien structuré. De plus, le temps de formation est adéquat et un suivi est effectué afin d'assurer la qualité et la sécurité des services aux usagers.

La formation SIMDUT est offerte à tout le personnel. Le laboratoire devrait se doter d'armoires pour matières dangereuses, conformes aux normes et aux lois, afin de regrouper de façon sécuritaire les produits corrosifs et inflammables.

L'équipe du laboratoire est encouragée à continuer leur bon travail dans un processus continu de la qualité. Beaucoup d'efforts ont été faits depuis le dernier agrément pour la rédaction des procédures et sur l'amélioration des services. La satisfaction des intervenants envers le laboratoire démontre leur efficacité.

3.3.7 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
17.2 L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services de médecine.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
Les observations effectuées s'appliquent pour les usagers hospitalisés en médecine ou en chirurgie étant donné que ces clientèles sont regroupées dans la même unité.	
Les cueillettes de données sont effectuées dès l'admission desquelles découlent un plan de soins et un plan thérapeutique infirmier individualisé. Nous avons observé une grande collaboration médicale et une intégration harmonieuse avec les équipes soignantes.	
Processus prioritaire : Compétences	
Le programme d'évaluation du rendement est en place.	
Le personnel est soucieux du bien-être de la clientèle et s'assure d'offrir des soins humanisés.	
Les besoins de formation des intervenants sont pris en compte et satisfaits dans la mesure des possibilités.	

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les équipes utilisent des outils de soins normalisés pour l'évaluation de la douleur, du risque de chute et du risque de plaie de pression.

Le visiteur a noté favorablement qu'aucune contention n'a été utilisée au cours de la dernière année. Ceci témoigne de la volonté de ce service de rechercher des mesures alternatives à l'utilisation de contentions avec la collaboration de la famille et des aidants.

Nous avons pu assister à une rencontre interdisciplinaire où nous avons constaté la saine dynamique de collaboration.

Les portes des utilités doivent demeurer fermées.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Il y a régulièrement des réunions de service où le personnel peut y exprimer ses opinions et participer aux prises de décision.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe applique le programme de prévention des chutes. Elle mesure les résultats et analyse chaque chute. Dans une perspective de poursuite de l'amélioration continue de la qualité, il reste à regarder les tendances générales afin de cibler les actions et réévaluer le programme.

3.3.8 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
Les services de santé communautaire couvrent les services généraux, l'accueil psychosocial, la dépendance et les jeunes en difficulté. L'équipe dispose d'un soutien de sources variées pour atteindre ses objectifs: consultant, pédopsychiatre répondant, psychiatre répondant, encadrement clinique, supervision clinique, etc.	
Processus prioritaire : Compétences	
Des salles supplémentaires sont mises à la disposition du personnel afin qu'il ait suffisamment d'espace pour travailler. Des locaux sont disponibles dans l'ensemble des points de services. Ceci a permis de répondre au critère non atteint de la dernière visite. Plusieurs activités de reconnaissance ont eu lieu dans l'organisation.	

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les dossiers de l'accueil psychosocial qui ont été analysés dans le cadre de traceurs cliniques ont révélé que la démarche d'évaluation du risque suicidaire avait été initiée de façon adéquate, de même que celle relative à l'information donnée aux clients en regard de sa sécurité. De plus, un suivi était prévu pour s'assurer que la réponse attendue d'un organisme communautaire allait combler les besoins présentés lors de l'ouverture du dossier. Il en est de même dans l'équipe Jeunes en difficulté où les notions de consentement, d'accompagnement dans la réalisation des rôles sociaux, d'empowerment et d'information au proche étaient présentes et bien exploitées.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'établissement a fourni aux visiteurs une liste exhaustive de preuves pertinentes et disponibles pour consultation.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Des mesures ont été mises en place pour assurer la sécurité des intervenants (portes qui barrent dans différents secteurs, boutons panique dans les bureaux, utilisation de cellulaires, interventions à deux, utilisation des points de services pour rencontrer les usagers dans un lieu public ainsi que des politiques, procédures et de la formation).

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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



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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'accessibilité aux services a fait l'objet d'une démarche LEAN qui a permis d'améliorer la situation. Les personnes en attente font l'objet d'une préévaluation par une infirmière assurant ainsi la sécurité. La concertation régionale est particulièrement présente en Estrie et permet d'enligner les programmes vers des objectifs communs et pertinents et axés sur les besoins de la population. Le programme documente ses références auprès des partenaires pour être en mesure d'en évaluer l'importance et la pertinence. L'organisation entretient des liens avec de nombreux organismes communautaires locaux et régionaux et possédant des missions variées. On s'assure que les approches adoptées par ces organismes sont reconnues et profitables pour les usagers.

Processus prioritaire : Compétences

Les intervenants sociaux rencontrés mentionnent avoir accès à la formation de façon satisfaisante et les choix de thèmes sont pertinents et soutenant pour leur travail. Ils se disent bien outillés pour réaliser leurs tâches. Une employée de la liste de rappel étant au programme de santé mentale depuis quelques mois nous dit avoir reçu une orientation très satisfaisante précisant les attentes à son égard en plus d'information sur l'historique de l'équipe et sur la clientèle. La conseillère clinique contribue à l'orientation et au développement des connaissances du personnel.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les dossiers qui ont été analysés dans le cadre de traceurs cliniques ont révélé que la démarche d'évaluation du risque suicidaire avait initiée de façon adéquate dans le contexte où le risque était faible de même que celle relative à l'information donnée aux clients au regard de sa sécurité. Dans les plans d'interventions interdisciplinaires et dans les notes de suivi, on a pu observer que des activités relatives à l'approche de rétablissement étaient présentes à plusieurs égards. L'équipe a accès à une conseillère clinique, une conseillère en soins spécialisés et à un psychiatre pour soutien clinique. Un audit des évaluations de risque suicidaire par des infirmières a été réalisé dans 10 dossiers en 2013. Il existe un registre de plaintes compilées à chaque période par chaque intervenant et remis au supérieur immédiat par la suite.


Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe bénéficie du soutien de la table régionale en santé mentale par laquelle sont déployées les lignes directrices et meilleures pratiques. Ceci est particulièrement aidant pour les équipes qui n'ont pas besoin de refaire ce travail localement.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs initiatives pour assurer la sécurité des usagers et du personnel dans les lieux de l'hôpital ont été prises. Il en est de même au niveau des procédures de sécurité au domicile. La démarche LEAN a permis, entre autres, de jeter un regard sur le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire. L'établissement a fourni aux visiteurs une liste exhaustive de preuves pertinentes et disponibles pour consultation.

3.3.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
3.3	L'organisme encourage tous les membres de l'équipe à développer leurs compétences afin d'améliorer le travail interdisciplinaire et le fonctionnement global de l'équipe.	
3.6	Les membres de l'équipe communiquent régulièrement pour coordonner les services, les rôles et les responsabilités.	!
4.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
3.4	L'équipe élabore des procédures et des processus normalisés pour améliorer le travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches.	
7.1	L'équipe réalise une évaluation de chaque résident en temps opportun.	!
7.9	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.	
8.4	L'équipe évalue le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	
8.4.1	L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.	PRINCIPAL
	Les équipes des services de soins de longue durée qui n'utilisent pas d'outil d'évaluation des risques validé et normalisé à l'heure actuelle devront le faire au plus tard en janvier 2013.	
8.4.2	L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque résident à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du résident.	PRINCIPAL

8.10	L'équipe vérifie si les buts des services offerts aux résidents et les résultats attendus sont atteints, et elle utilise ces renseignements pour déceler et supprimer les obstacles qui empêchent l'atteinte de ces buts.	
10.4	L'équipe obtient le consentement éclairé du résident avant d'entreprendre les services.	!
10.10	L'équipe dispose d'une politique et de procédures relatives à l'utilisation des contentions et y adhère.	

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

5.4	L'équipe dispose d'un processus qui permet de déceler et de réduire les risques chez ses membres lors de la prestation des services de soins de longue durée.	!
17.5	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les chefs d'unités sont en mesure de nommer les défis particuliers qu'ils ont à surmonter dans leur équipe et de les formuler en objectifs très clairs. Les quelques échanges avec le personnel démontrent que ces derniers connaissent également ces objectifs et peuvent nommer des moyens concrets pour y remédier. Le personnel de l'équipe a reçu de la formation sur la gestion des comportements perturbateurs compte tenu de l'augmentation de cette clientèle.

Processus prioritaire : Compétences

L'organisation est fortement encouragée à développer le travail interdisciplinaire dans ses unités d'hébergement et à utiliser convenablement les outils (plan d'intervention interdisciplinaire - PII) qui correspondent à cette approche du travail d'équipe. Actuellement, les objectifs qui y sont formulés n'ont guère de valeur ajoutée face au PTI ou autres évaluations unidisciplinaires. On y retrouve les préoccupations des intervenants plutôt que les objectifs des résidents au regard de leur autonomie ou autre. Cette amélioration contribuerait à faire évoluer la culture qui s'apparente davantage à une approche multidisciplinaire en silo.

Il est intéressant d'observer que la plupart du temps, on recueille le point de vue du résident et ses attentes avant la rencontre de PII et que ces informations soient documentées.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le champ de pratique de l'éducation spécialisée au regard des stratégies de gestion des comportements a été peu exploité privant ainsi les équipes d'une source de connaissances particulièrement importante dans un contexte d'augmentation du nombre de résidents présentant des comportements perturbateurs. Ces membres de l'équipe ont une pratique plutôt axée sur le loisir qui constitue une dimension importante du milieu de vie. La gestion des comportements perturbateurs est identifiée comme un défi par les équipes.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Il a été mentionné au Point de service Lac-Mégantic qu'il est difficile de maintenir les programmes de marche auprès des résidents et qu'ils sont délaissés rapidement. Puisque ceci contribue à maintenir l'autonomie et à contrer le syndrome d'immobilisation, il est fortement encouragé de mettre de l'énergie à relancer cette initiative forte pertinente.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Dans le cadre des traceurs cliniques, plusieurs résidents et proches ont été rencontrés dans les trois sites. La discussion qui s'est déroulée au Point de service Lac-Mégantic et au Point de service Lambton a révélé un très haut niveau de satisfaction des usagers. Tous ont mentionné un excellent accueil à leur arrivée. On respecte leurs choix et on leur offre des activités de loisirs intéressantes. Les gens se sentent respectés.

Il a été discuté avec une infirmière du siège social qu'un des défis de l'équipe était l'humanisation des soins. Bien que les résidents et des proches aient des commentaires positifs à l'égard du personnel, il a été mentionné par plus d'une personne qu'elles avaient l'impression de déranger quand ils demandaient de l'aide. De plus, certains employés exposent leurs problèmes personnels devant les résidents et cela les indispose. Il arrive que les interventions se fassent très rapidement sans qu'on regarde ou qu'on s'adresse au résident. Nous recommandons à l'organisation de rafraichir les connaissances de ses employés au regard d'un modèle d'intervention faisant la promotion de valeurs humanistes en milieu de vie d'hébergement.

3.3.11 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

6.7	L'équipe évalue le temps quelle prend pour assurer le transfert des clients amenés par ambulance, puis elle établit et atteint les délais prévus pour le transfert des clients qui sont amenés au service des urgences par les services médicaux d'urgence.	
6.8	L'équipe surveille les délais de transfert des clients amenés par ambulances et utilise cette information pour améliorer ses 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

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 connaît bien sa clientèle. Ses services sont planifiés et basés sur de l'information provenant de diverses sources, dont les profils populationnels déposés par l'Agence de la santé et services sociaux de la région de l'Estrie.

Une des forces du service des urgences est la cogestion exercée par le coordonnateur médical et le gestionnaire. Cette équipe dynamique démontre un engagement hors pair envers l'efficacité, la qualité et la sécurité des soins. L'approche de cette équipe est sans nul doute un facteur important de la réussite du projet Lean mis de l'avant en 2009.

Le taux de séjour sur civière moyen et les délais d'attente sont en constante décroissance depuis cinq ans. Le service des urgences du CSSS du Granit a réussi à maintenir la cote A - assortie d'une deuxième position au palmarès des urgences dans la catégorie des hôpitaux avec moins de 10 000 patients sur civière annuellement. L'équipe a raison d'être fière et elle est encouragée à viser le maintien de cette performance.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe soignante reçoit de la formation régulière, entre autres, sur le système de triage, la traumatologie, les patients violents, le syndrome du bébé secoué, l'urgence pédiatrique, ATLS, RCR, ACLS, etc.

L'évaluation du rendement est réalisée pour tous les employés.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La procédure de triage est conforme aux pratiques attendues. L'attribution de cette zone de travail est une activité partagée par toutes les infirmières.

Le bilan comparatif des médicaments est implanté pour tous les patients admis.

À l'urgence, il y a un formulaire « grille d'évaluation des procédures en traumatologie » qui est rempli par l'infirmière à l'arrivée du patient. Toutes les données chronologiques sur la prise en charge préhospitalière y sont inscrites. L'évaluation et la surveillance des délais préhospitaliers ne sont pas faites de façon systématique. L'équipe est encouragée à le faire et à déterminer des indicateurs de performance.

Les statistiques de triage démontrent qu'il y a 70 % de la clientèle catégorisée P4 et P5. En 2013, une analyse plus approfondie des raisons de consultation à l'urgence pour ce groupe (P4-P5) a permis de constater qu'un certain nombre venait pour un renouvellement d'ordonnance. En collaboration avec les pharmacies locales, le service des urgences a mis en place une procédure permettant à l'infirmière du triage de faire une référence ponctuelle.

La clientèle rencontrée s'est dite très satisfaite d'être informée des temps d'attente qu'elle visualise sur un écran installé dans la salle d'attente. Les données affichées sont générées en temps réel toutes les 30 minutes.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Toute l'organisation du travail est basée sur les fondements de la méthode Lean et le personnel et médecin rencontrés témoignent de leur adhésion.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

La surveillance des clients sous protocole d'opiacés et la réévaluation du client à l'urgence s'inscrivent au plan de sécurité du CSSS. À cet effet, les résultats émanant des audits réalisés en 2013 ont permis la mise en place de mesures efficaces, notamment sur la réévaluation du client qui est passé de 73 % à 90 %.

La culture de la mesure est très présente au sein du service de l'urgence. Un sondage sur les temps d'attente à l'urgence a récemment été fait auprès de 200 patients. Le taux de satisfaction recueilli est de 98 %.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

3.3.12 Ensemble de normes : Services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services transfusionnels	
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.	
5.3 L'équipe révisé et met les PON à jour tous les deux ans ou plus souvent si cela s'avère nécessaire.	
5.4 L'équipe suit un système de contrôle documentaire pour l'élaboration et la mise à jour des PON.	
8.3 L'équipe maintient le système d'alarme en bon état afin d'avertir le personnel des changements de conditions ou des défauts, et elle le vérifie régulièrement.	!
21.4 L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.	!

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

Processus prioritaire : Services transfusionnels

L'organisme dispose de l'ensemble des procédures permettant d'assurer le bon fonctionnement du service transfusionnel. Ces procédures sont implantées et respectées par le personnel de la banque de sang et des services transfusionnels. Sur les unités de soins, les procédures d'administration des produits sanguins ne sont pas à jour. La direction des soins infirmiers aurait intérêt à considérer l'implantation des méthodes de soins du comité d'uniformisation provinciale des méthodes de soins qui sont disponibles sur le site internet de l'Association québécoise des établissements de santé (AQESSS). Ces méthodes de soins répondent aux normes, ont été approuvées par la direction de la biovigilance MSSS et par le comité consultatif national en médecine transfusionnelle (CCNMT), MSSS du Québec.

L'organisme dispose d'un processus de requête pour répondre aux demandes de transfusion et d'un processus afin d'assurer la traçabilité des produits sanguins. Le bordereau d'émission est complété et porté au dossier des usagers.

L'application de la procédure concernant le consentement éclairé, l'information à l'utilisateur et la notification des receveurs est un point fort dans les services transfusionnels. L'équipe, tant dans les services transfusionnels que sur les unités de soins, a un grand souci de rendre des services de qualité aux usagers.

Le consentement éclairé est effectué auprès des usagers par le médecin et l'infirmière. La documentation expliquant la transfusion sanguine est remise à l'usager au moment de la transfusion. Un avis écrit concernant la notification des transfusions reçues est remis à l'usager après la transfusion ou lors de son départ. Cependant, le consentement éclairé n'est pas noté au dossier de l'usager. L'outil est développé soit l'inscription sur l'ordonnance de la phrase signifiant que le consentement est obtenu. Un rappel aux médecins aurait avantage à être fait.


La déclaration des incidents-accidents transfusionnels permet de cerner et d'évaluer les événements indésirables liés à une transfusion et d'en faire le suivi.

En ce qui concerne l'emballage, l'entreposage et le transport des produits sanguins, les conditions d'entreposage du sang et des produits sanguins labiles et stables sont bien gérées. Un suivi rigoureux des conditions d'entreposage est effectué par le personnel de banque de sang. Des tests de vérification du système d'alarme relié à la sécurité restent à implanter.

Un sondage aux utilisateurs et des indicateurs de qualité devront être développés dans un processus d'amélioration de la qualité.

Les services transfusionnels sont sécuritaires dans cet établissement.

3.3.13 Ensemble de normes : Soins ambulatoires


Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.2 Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services de soins ambulatoires sont mesurables et précis.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.7 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.5 L'équipe vérifie le temps pendant lequel les clients doivent attendre pour obtenir des services à partir du moment auquel le rendez-vous était prévu.	
<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 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>

8.4.4	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, l'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) à la liste actuelle de médicaments; elle décèle et consigne tout écart entre les deux sources d'information. Cela se fait à la fréquence établie par l'organisme dans sa documentation.	PRINCIPAL
8.4.5	L'équipe collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les sources d'information OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.	PRINCIPAL
8.4.6	Quand les écarts sont réglés, l'équipe met la liste de médicaments à jour et la conserve dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.4.7	L'équipe remet à l'utilisateur et au prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) la liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL
11.7	L'équipe consigne, conserve, manipule et élimine les échantillons et les médicaments utilisés à titre expérimental de la même manière qu'elle le ferait pour tout autre médicament.	!
12.6	Après le transfert ou la fin de services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

La visite s'est concentrée au secteur de l'hôpital : les cliniques externes, les services courants, les maladies chroniques et cancer/oncologie.

La direction du programme a élaboré des objectifs pour ses services. Les équipes interdisciplinaires pourraient en élaborer afin de préciser un plan d'action spécifique et d'en mesurer les résultats.

Processus prioritaire : Compétences

Les intervenants rencontrés sont dynamiques et disponibles.

Les équipes interdisciplinaires sont présentes et dynamiques, certaines sont locales et d'autres régionales. Les processus structurés pour évaluer leur fonctionnement sont à planter.

L'utilisation d'ordonnances collectives pour l'infirmière en oncologie serait très facilitante pour son travail notamment pour les examens de laboratoire.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le bilan comparatif du médicament sera implanté en juin 2014 selon la planification de l'établissement.

Les délais d'attente en clinique externes sont suivis et dépendent largement de la disponibilité médicale, des mécanismes de priorisation sont possibles lorsque requis.

Les usagers rencontrés lors de la visite en clinique externe et en maladies chroniques se sont dits très satisfaits des soins et services reçus.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes sont soutenues par des programmes régionaux ou provinciaux. Les échanges entre collègues sont fréquents, permettant ainsi un ajustement des interventions au niveau local.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'utilisation de la grille PRISMA 7 comme activité de dépistage est favorablement notée aux services ambulatoires. Les résultats de cette démarche sont à partager avec les intervenants. De même, les résultats de suivi des maladies chroniques devraient être partagés, en relation avec les objectifs fixés.

3.3.14 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
4.8	Les membres du personnel sont formés en vue de prévenir et de gérer de façon sécuritaire les comportements violents ou agressifs des clients.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins		
6.8	Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur).	POR
6.8.1	L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.	PRINCIPAL
6.8.2	Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.	PRINCIPAL
6.8.3	L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.	PRINCIPAL
6.8.4	Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.	SECONDAIRE
6.8.5	L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.	PRINCIPAL
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.	POR
8.8.1	L'organisme met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
8.8.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
8.8.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL

8.8.4	L'organisme établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
8.8.5	L'organisme utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
16.2	L'organisme recueille le point de vue des clients sur la qualité de ses 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.		
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		
Processus prioritaire : Direction clinique		
La gestion des risques est bien encadrée. Ils sont évalués tant pour la sécurité du domicile que pour l'utilisateur y vivant.		
Processus prioritaire : Compétences		
Le personnel est compétent et dédié à la clientèle. L'équipe accorde de l'importance au développement et au maintien des compétences. L'utilisation de logiciels pour la confection des routes et la rédaction des notes mérite d'être explorée par l'organisme afin de faciliter et d'optimiser le travail des intervenants.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
Les délais d'attente sont suivis avec attention selon un code de priorité. Des mesures sont prises pour éviter de longs délais pour la prise en charge.		
Les usagers disposent d'un plan de soins. Pour les cas complexes, l'équipe devrait réaliser un plan d'intervention interdisciplinaire.		
Le service des soins à domicile pourrait mettre en place un mécanisme formel et régulier pour mesurer la satisfaction des usagers.		
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'équipe LEAN est active et supporte la pérennité de la démarche participative de recherche de solutions dans l'analyse des divers processus de l'équipe.		

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les équipes interdisciplinaires élaborent des plans d'action, elles bénéficieraient de préciser de quelle façon les résultats seront mesurés et à l'aide de quels indicateurs.

Les usagers rencontrés se sont dits très satisfaits des services offerts par le service des soins à domicile.

3.3.15 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération	
8.1 Les membres de l'équipe respectent le code vestimentaire lorsqu'ils se trouvent dans le bloc opératoire.	!
12.6 L'organisme transporte les articles contaminés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux clients ou des zones très achalandées.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La visite a permis de constater une application conforme des soins peropératoires durant tout le circuit chirurgical. La relance téléphonique qui est faite auprès de tous les patients de chirurgie d'un jour le lendemain de la chirurgie, même le samedi, mérite d'être soulignée. La clientèle en est très satisfaite, de même que de la qualité des soins.

L'environnement physique tel qu'il est, pour l'ensemble des secteurs de soins (bloc opératoire, chirurgie d'un jour, préadmission, endoscopie, médecine de jour), ne permet pas d'assurer une confidentialité et une circulation sécuritaire en raison d'un flux important d'activités effectuées dans des espaces restreints.

Considérant ce qui précède, l'ajout de temps opératoire qui est prévu au cours des prochains mois nécessitera une réflexion importante particulièrement au niveau de la sécurité.

Un rappel sur le respect du code vestimentaire au bloc opératoire serait indiqué.

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 : 16 avril 2014 au 4 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.	13	0	88	89
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	6	94	93
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	0	100	93
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	13	6	81	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	13	88	93
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	6	19	75	92
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	6	94	90
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	6	19	75	88
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	6	94	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	13	88	92
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	6	94	87
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	6	94	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	7	93	95
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	0	19	81	78
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	6	44	50	66
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	56	44	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.	0	25	75	77
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	33	33	33	53
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	19	19	63	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.	0	0	100	81
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	0	31	69	64
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	0	100	92
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	19	19	63	78
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	19	81	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.	19	0	81	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.	6	6	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	19	81	86
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	6	0	94	91
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	6	6	88	92
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	13	7	80	86
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	6	6	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

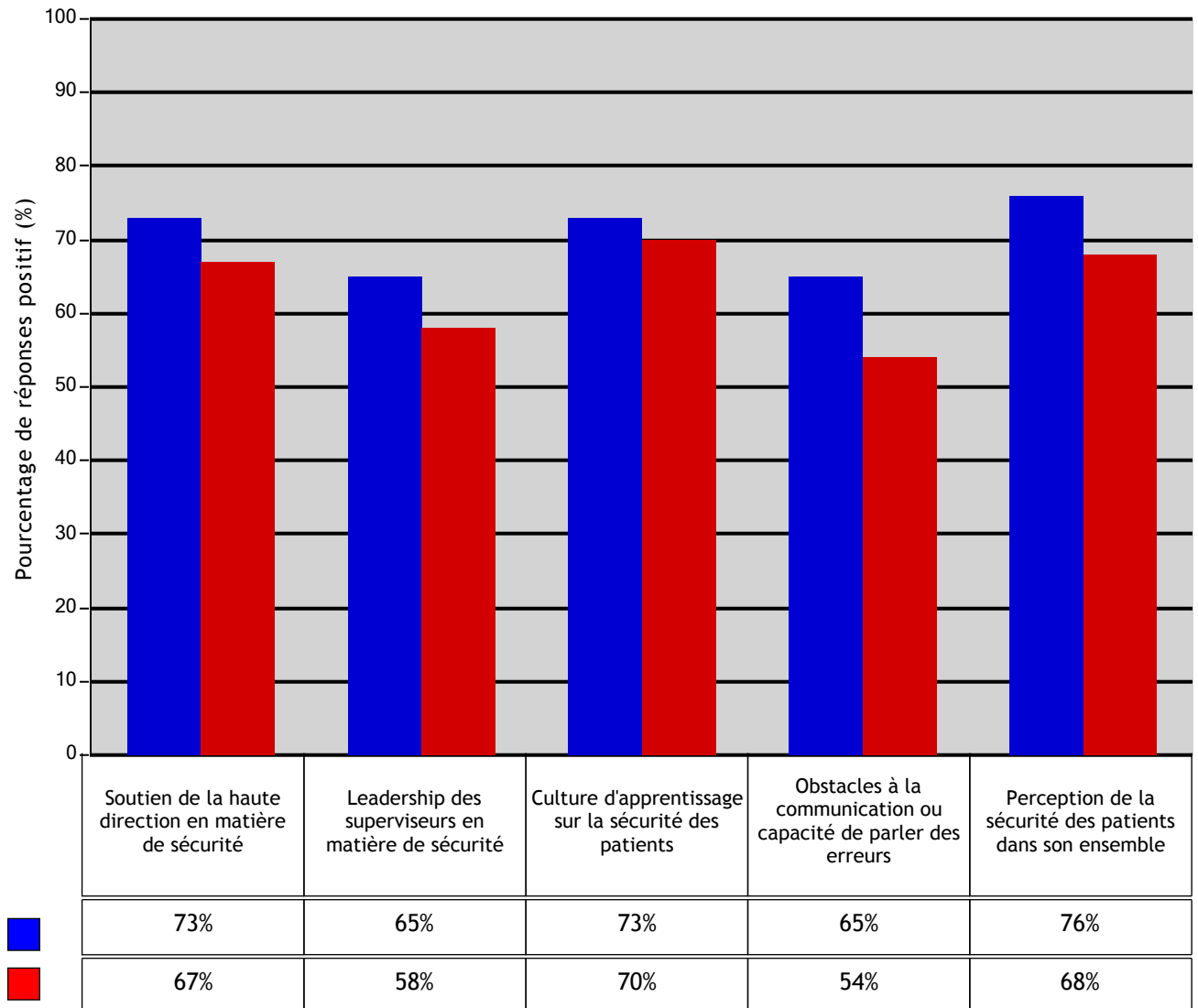
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 13 mars 2013 au 15 avril 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 151
- Nombre de réponses : 166

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 du Granit
- * 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

4.4 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 du Granit et celui observé dans d'autres établissements de taille similaire

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 287			Autres établissements du Québec n = 1586		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	82,00	80,00	84,00	80,00	75,00	85,00
JAUNE	Implication	79,00	78,00	81,00	77,00	72,00	82,00
JAUNE	Collaboration	78,00	76,00	80,00	79,00	75,00	83,00
JAUNE	Soutien	75,00	73,00	77,00	74,00	69,00	79,00
JAUNE	Communication	71,00	68,00	73,00	71,00	66,00	76,00
JAUNE	Leadership	77,00	75,00	79,00	75,00	70,00	80,00

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

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

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

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

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

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

Clientèle hébergement :

Comparaison du degré de conformité aux attentes et aux besoins de la clientèle hébergée du CSSS du Granit 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
VERT	Relation avec le client	93,00	91,00	95,00	86,00	84,00	89,00
VERT	Prestation professionnelle	92,00	90,00	94,00	83,00	81,00	84,00
VERT	Organisation des services	92,00	90,00	94,00	83,00	81,00	84,00

Clientèle CH et CLSC :

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

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 550			Autres établissements du Québec n = 1373		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	89,00	88,00	90,00	91,00	79,00	95,00
JAUNE	Prestation professionnelle	86,00	85,00	87,00	89,00	80,00	92,00
JAUNE	Organisation des services	85,00	84,00	86,00	86,00	77,00	90,00

Section 5 Commentaires de l'organisme

Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.

La direction et le conseil d'administration sont convaincus du bienfait des visites d'agrément dans une organisation comme la nôtre. C'est un processus demandant, même s'il est réparti en étapes sur 3 ans (maintenant 4 ans), mais combien structurant, surtout que la démarche cadre avec nos priorités d'établissement. De plus, le rapport représente assez bien nos succès et défis à relever. Des mesures ont déjà été prises pour donner suite aux recommandations, notamment l'analyse de certains indicateurs afin d'apporter des correctifs à nos programmes ou activités de prévention. Des corrections faisant suite à la visite du CQA ont aussi été réalisées, par exemple : achat d'armoires barrées pour les 3 sites en soins de longue durée pour sécuriser les produits nettoyants dans la laverie, système d'appel de garde au Point de service Lambton (au poste des infirmières), registre des températures harmonisé dans les trois sites pour les frigos.

Nous tenons à souligner la générosité des visiteurs dans leurs commentaires pour nous aider à mieux comprendre nos non-conformités. Ils ont su favoriser un climat de confiance qui permettait des échanges constructifs entre eux et le personnel.

L'équipe du CSSS du Granit

Annexe A Processus prioritaires

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

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

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

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

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les 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.