

**Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément**

Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

Weedon, QC

Dates de la visite d'agrément : 27 avril au 1 mai 2014

Date de production du rapport : 26 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 Haut-Saint-François (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 avril 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 recevons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme conjoint d'agrément pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour votre établissement, votre clientèle et vos services.

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale



Sean P. Clarke
Président

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	11
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	12
3.0 Résultats détaillés de la visite	13
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	14
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	14
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	16
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	18
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	19
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	21
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	23
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	24
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	25
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	26
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	27
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	28
3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	29
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Populations vivant avec une maladie mentale</i>	29
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	31
3.3.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	31
3.3.2 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	33
3.3.3 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire</i>	35
3.3.4 <i>Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients</i>	37
3.3.5 <i>Ensemble de normes : Services de soins de longue durée</i>	39
3.3.6 <i>Ensemble de normes : Soins ambulatoires</i>	43
3.3.7 <i>Ensemble de normes : Soins et services à domicile</i>	45
4.0 Résultats des outils d'évaluation	48

4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	48
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	52
4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	54
4.4 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	55
4.5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)	57
5.0 Commentaires de l'organisme	59
Annexe A Processus prioritaires	60

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 Haut-Saint-François (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 Haut-Saint-François 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 : 27 avril au 1 mai 2014**

- **Emplacements**

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

- 1 Centre d'hébergement d'East Angus
- 2 Centre d'hébergement de Weedon
- 3 CLSC de La Patrie
- 4 CLSC d'East Angus
- 5 CLSC de Cookshire
- 6 CLSC de Weedon

- **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

Normes portant sur des populations spécifiques

- 4 Populations vivant avec une maladie mentale

Normes sur l'excellence des services

- 5 Soins et services à domicile
- 6 Soins ambulatoires
- 7 Services de santé communautaire
- 8 Services de soins de longue durée
- 9 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 10 Prévention des infections









- **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.)	67	6	0	73
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	44	1	2	47
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	197	8	38	243
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	88	16	0	104
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	102	7	1	110
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	30	1	0	31
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	327	30	26	383
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	39	0	0	39
Total	894	69	67	1030

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	35 (79,5%)	9 (20,5%)	0	32 (94,1%)	2 (5,9%)	0	67 (85,9%)	11 (14,1%)	0
Normes sur le leadership	39 (86,7%)	6 (13,3%)	1	73 (86,9%)	11 (13,1%)	1	112 (86,8%)	17 (13,2%)	2
Gestion des médicaments	45 (95,7%)	2 (4,3%)	31	56 (96,6%)	2 (3,4%)	6	101 (96,2%)	4 (3,8%)	37
Populations vivant avec une maladie mentale	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0	27 (77,1%)	8 (22,9%)	0	30 (76,9%)	9 (23,1%)	0
Prévention des infections	35 (94,6%)	2 (5,4%)	16	36 (92,3%)	3 (7,7%)	5	71 (93,4%)	5 (6,6%)	21
Services de santé communautaire	11 (91,7%)	1 (8,3%)	1	55 (100,0%)	0 (0,0%)	0	66 (98,5%)	1 (1,5%)	1
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0	111 (100,0%)	0 (0,0%)	1	128 (99,2%)	1 (0,8%)	1
Services de soins de longue durée	22 (91,7%)	2 (8,3%)	0	62 (86,1%)	10 (13,9%)	0	84 (87,5%)	12 (12,5%)	0
Soins ambulatoires	36 (100,0%)	0 (0,0%)	2	70 (93,3%)	5 (6,7%)	0	106 (95,5%)	5 (4,5%)	2

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Soins et services à domicile	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	50 (100,0%)	0 (0,0%)	2	90 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Total	283 (92,2%)	24 (7,8%)	51	572 (93,3%)	41 (6,7%)	15	855 (92,9%)	65 (7,1%)	66

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Abréviations dangereuses (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de 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 (Soins ambulatoires)	Conforme	7 sur 7	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 (Soins et services à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

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

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le CSSS du Haut-Saint-François est un établissement qui connaît une période de profonde transformation. Le conseil d'administration a revu sa composition et s'est donné des moyens pour exercer son rôle de gouvernance. Il connaît bien les défis et opportunités qui s'offrent à l'établissement et est soucieux d'offrir à la population les services requis et adaptés aux besoins. D'ailleurs, la vétusté du centre d'hébergement d'East-Angus a été reconnue et fait l'objet d'un projet de construction.

Le conseil d'administration doit, par ailleurs, prioritairement régler l'important défi de consolider sa gouvernance pour assurer la mobilisation et promouvoir les valeurs au sein de l'équipe de gestion, du personnel, des médecins et de la communauté.

Durant les deux dernières années, l'organisme a consenti des efforts afin de structurer des orientations et des modalités de mise en œuvre de ses responsabilités en matière d'éthique. Toutefois, la politique d'éthique ne constitue pas un cadre de référence. L'organisme est donc encouragé à se doter d'un cadre de référence en matière d'éthique.

La place prépondérante des communications nécessite un virage majeur pour refléter son caractère stratégique et supporter les orientations de l'établissement tant à l'interne qu'à l'externe.

L'équipe de direction a été renouvelée et une nouvelle approche de gestion est en cours d'implantation. Le plan d'organisation et l'organigramme nécessitent d'être révisés et diffusés pour mieux refléter les changements organisationnels et soutenir la prestation de services et l'atteinte des objectifs opérationnels. La programmation clinique a été amorcée et nécessite d'être déployée au sein de l'établissement.

Les dirigeants sont invités à s'intéresser au rôle stratégique des ressources humaines dans l'organisation et de prendre les moyens pour assurer le suivi du plan de main d'œuvre et du plan de gestion des talents. Des efforts ont été consentis pour développer le travail en interdisciplinarité et sont observables.

L'établissement entretient d'excellentes relations de collaboration avec ses partenaires. De nombreuses ententes de collaboration et des corridors de services sont en cours.

Le programme de prévention des chutes révisé en 2014 s'inscrit dans le cadre d'une approche interdisciplinaire. L'organisme est encouragé à adopter dans les meilleurs délais le programme révisé afin d'en faire la diffusion, la formation auprès du personnel, et son implantation. Une évaluation du programme post implantation avec un plan d'action pour identifier les stratégies d'amélioration découlant des résultats est recommandée, avec une approche structurée et formalisée pour les six installations.

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 : Prévention des chutes	
<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins ambulatoires 17.2 · Services de soins de longue durée 17.2 · Soins et services à domicile 8.8
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention des plaies de pression L'équipe évalue le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services de soins de longue durée 8.4

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
1.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme communique les valeurs et les met en pratique partout dans l'organisme.	
4.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme communique la mission, la vision et les valeurs au personnel, aux prestataires de services, aux usagers, aux familles et aux partenaires.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le plan stratégique 2012-2015 a fait l'objet d'une vaste consultation et précise bien les enjeux et priorités de l'établissement ainsi que le plan d'action pour l'actualiser. Au terme de la première année, l'organisation a produit un état d'avancement des activités prévues au plan stratégique et du degré d'atteinte des cibles de l'entente de gestion. L'idée d'intégrer les priorités locales annuelles de l'établissement à la planification stratégique triennal permet d'assurer plus de cohérence dans la gestion.

L'état d'avancement des priorités 94 actions prévues au plan clinique et organisationnel est remarquable et bien documenté. L'état de situation inclus au rapport annuel de l'établissement s'avère un excellent outil de reddition de comptes et de promotion envers les employés et la communauté.

Nous avons constaté que beaucoup de moyens et d'énergie ont été déployés pour communiquer les projets structurants de l'organisation, au détriment de l'appropriation de la mission et des valeurs de l'établissement. Cet aspect devrait être inscrit à la planification des activités de communication de l'équipe de direction et du conseil pour mobiliser le personnel.

L'établissement est félicité pour la tenue d'un 3e Forum de la population comme mesure de reddition de comptes à la communauté et solliciter de la rétroaction. L'exercice est par ailleurs un excellent moyen de partager le portrait de santé de la population

Au cours de la dernière année, plusieurs cadres ont été appelés, ou seront invités, à occuper de nouvelles responsabilités dans un contexte de réduction d'optimisation et d'allègement de la structure administrative. Il y aurait lieu de considérer de réviser le plan d'organisation et d'élaborer un plan de communication.

Les systèmes d'information de gestion développés et/ou utilisés par la direction générale adjointe sont extrêmement performants pour surveiller la mise en place des plans opérationnels et fournir des rapports. À cet effet, ces actifs informationnels doivent être protégés et conservés.

L'organisation a mis en place un processus structuré pour identifier et analyser les défis ou les risques potentiels

3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur la gouvernance	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
2.3 Les rôles et responsabilités du président sont précisés dans un profil de poste, un mandat ou des règlements.	!
3.1 Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel en matière d'éthique et de critères fondés sur l'expérience concrète pour le guider dans ses décisions.	!
3.4 Le conseil d'administration dispose de processus pour surveiller les fonctions liées à la vérification et aux finances, à la qualité et la sécurité, ainsi qu'à la gestion des talents.	!
7.9 Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion des talents de l'organisme.	!
10.3 Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir, mettre en oeuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme.	
10.4 Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages au personnel, aux partenaires et à la communauté.	
11.4 Le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soit en place.	!
13.5 Le conseil d'administration procède ou participe à une évaluation de sa structure, y compris la taille et la structure des comités.	!
13.6 Le conseil d'administration évalue régulièrement le rendement de son président selon des critères établis.	!
13.7 Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.	!

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

Les membres du conseil d'administration auraient avantage à se doter d'une méthode normalisée, d'aborder les questions d'éthiques, de régler les conflits d'intérêts et la prise de décision. Le cadre conceptuel en éthique nécessite d'être révisé et appliqué. Un tel code devrait englober le code de conduite des membres, les lignes directrices et des processus et des valeurs pour aider et outiller la prise de décisions.

L'équipe du conseil d'administration a complété l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance et élaboré un plan d'action pour corriger les lacunes observées. Le plan d'action propose des mesures structurantes, mais représente un défi de taille pour les membres dont le principal défi demeure de consolider l'équipe et de former les membres à leurs rôles, mandats et obligations redditionnelles.

Les membres du conseil sont invités à se doter d'un outil structuré pour évaluer le rendement du conseil et de ses comités en ce qui a trait à la contribution des membres et d'en partager les résultats dans le cadre d'une démarche d'amélioration du fonctionnement de l'équipe

L'équipe est confrontée à un important défi de consolider la gouvernance du conseil pour en faire une gouvernance mobilisatrice et créatrice de valeurs au sein de l'équipe administrative, du personnel, des médecins et de la communauté en général.

Des présentations pour améliorer les connaissances des membres du conseil sur les besoins et les services dans certains secteurs sont prévues dans le plan d'action découlant de l'autoévaluation. Ces activités sont débutées, mais ce point devra faire l'objet d'un suivi approprié pour assurer la conformité à la norme.

L'établissement réalise plusieurs activités de communication, mais elles ne sont pas encadrées dans un plan structuré de communication, incluant des stratégies et un plan d'action interne et externe. Un tel plan permettrait de mieux outiller les membres de l'équipe de gestion et du conseil d'administration pour communiquer et soutenir les nombreux changements organisationnels et stratégiques.

L'équipe est félicitée pour la réalisation de l'activité Forum des partenaires du Réseau local de services (RSL), qui en est à sa troisième édition.

Un excellent programme intégré de gestion des risques et de la qualité est en élaboration. Une attention particulière doit être apportée pour adopter la politique et les outils et prévoir un plan d'appropriation, incluant la formation de l'équipe de gestion et du personnel.

L'équipe du conseil est invitée à s'intéresser au plan de gestion des talents et à s'attaquer au dossier de la relève-cadre et de la formation en lien avec les orientations et objectifs prioritaires du conseil, lesquels nécessitent d'adapter et de développer les compétences clés identifiées par l'organisation.

3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

L'équipe est félicitée pour son projet de révision de ses processus d'approvisionnement et de la collaboration avec le service d'approvisionnement du CHUS. Cette collaboration favorise la standardisation des produits et, outre les avantages économiques, facilite le travail des équipes. L'organisation est par ailleurs invitée à assurer la pérennité du comité de standardisation pour conserver les acquis et gérer les entrées de nouvelles fournitures.

L'équipe est invitée à mettre en place un programme de développement des compétences des cadres à la gestion de la performance, l'optimisation et le contrôle budgétaire. Parallèlement, le rehaussement des compétences des équipes du service des finances doit être évalué pour répondre aux nouvelles exigences de postes,

L'équipe devra également gérer le dossier du transfert des connaissances avec le départ de la directrice générale adjointe, qui détient la mémoire de plusieurs outils de gestion de la performance. Ce transfert de connaissance est essentiel pour assurer la pérennité de plusieurs systèmes de gestion de données sensibles.

3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
2.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore des stratégies visant à créer un milieu de travail sain pour aider le personnel et les prestataires de services à gérer leur état de santé.	!
2.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme appuie les cadres à l'échelle de l'organisme afin qu'ils améliorent leurs aptitudes à promouvoir un milieu de travail sain et sécuritaire.	
10.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme établit un plan de gestion des talents qui comprend des stratégies de développement des capacités de l'équipe de leadership et des compétences au sein de l'organisme.	

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

L'établissement ne dispose pas d'un plan d'action et de stratégies de formation claires basées sur l'expérience et le portrait de risques de l'établissement. On constate cependant les nombreux efforts consentis sur le plan de la formation et du perfectionnement.

L'établissement ne dispose pas d'un programme structuré de soutien et d'accompagnement des cadres à la création d'un milieu de travail sain, tel que, des lignes directrices claires sur l'étendue des responsabilités, la reddition de compte et l'acquisition de connaissances sur les facteurs qui influent sur la qualité de vie.

De nombreuses activités de formation et perfectionnement sont offertes au personnel, mais il n'y a pas de plan de développement de compétences (PDRH) structuré dans l'établissement. Un tel plan permettrait de gérer le dossier de la relève-cadre, le plan de développement des capacités de l'équipe de direction, la planification du perfectionnement des ressources humaines et de prioriser les activités en fonction des cibles établies à la planification stratégique et aux objectifs prioritaires de l'établissement.

La direction des ressources humaines devrait par ailleurs assurer le leadership de cette démarche et agir à titre de répondant au comité de direction.

L'équipe a ciblé un groupe d'environ 20 personnes pour participer à un atelier visant à outiller les employés à identifier et dénoncer toutes situations à risques de violences dans leur milieu de travail.

Différentes actions structurantes ont été mises en place, tels que, les garanties d'heures et la création des équipes volantes, l'amélioration de la gestion des remplacements/absences et un meilleur partenariat de la DRH avec les directions

Lors de la consultation des dossiers des employés, nous avons constaté que plusieurs descriptions de fonctions avaient été récemment révisées. Les descriptions de fonctions récemment révisées comportent une section sur les rôles et responsabilités en matière de sécurité.

La mise en place de comités de relations de travail (CRT) sur une base régulière est notée avec appréciation puisque ceci responsabilise les gestionnaires aux réalités de relations de travail dans leur secteur et favorise une réelle décentralisation de responsabilités.

La consolidation de l'équipe des ressources humaines devrait permettre d'aborder les défis du plan de développement des ressources humaines, de la dotation en personnel et de la rétention/attraction du personnel.

Les recommandations et observations du personnel et des usagers, obtenues à partir des sondages de mobilisation et de satisfaction de la clientèle, ont fait l'objet de plan d'action et d'une communication au sein des équipes et dans le journal interne.

3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
12.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques.	!
12.3 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme établit des plans d'urgence.	!
12.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme diffuse la méthode de gestion des risques et les plans d'urgence dans l'ensemble de l'organisme.	!
12.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue l'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques et apporte les améliorations nécessaires.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Des rapports trimestriels sur la sécurité et la qualité sont fournis au conseil d'administration. Des preuves démontrent que le conseil accorde un suivi. Le comité de vigilance et de la qualité du conseil exerce un rôle de vigie très efficace.

Les projets d'amélioration de la qualité sont bien coordonnés avec les priorités, les orientations stratégiques et le plan d'action. La formation est disponible, mais pas intégrée dans un plan de formation structuré en lien avec le budget de formation et une reddition de compte.

Les résultats de l'outil de culture de sécurité des patients démontrent l'inconfort et les préoccupations du personnel dans le cadre du processus de déclaration. Des actions sont prévues à cet effet dans le suivi planifié.

Le programme de gestion intégré de la qualité est soutenu par un système de gestion de l'information très performant. Les utilisateurs peuvent communiquer l'information sur le rendement au conseil d'administration, générer des tableaux de bord de gestion ou des fiches de pointage visant les unités, des équipes ou des programmes particuliers, produire des rapports sur l'expérience des usagers ou du personnel. Les informations sont coordonnées. La fiche de pointage est adaptée aux buts et aux objectifs de l'organisation. Des vérifications sont faites pour s'assurer que les plans d'amélioration de la qualité et les changements sont mis en oeuvre. Des analyses prospectives liées à la sécurité des usagers sont réalisées annuellement et des améliorations sont mises en oeuvre.

Le programme de gestion intégré des risques est en élaboration. La cartographie des risques et le plan synoptique de sécurité sont complétés. L'équipe est invitée à faire adopter la politique dans les plus brefs délais.

L'équipe est félicitée pour le projet d'analyse des dossiers de décès concernant la recherche et l'analyse des événements non déclarés dans les dossiers médicaux des résidents décédés en CHSLD.

L'équipe est également invitée à poursuivre ses travaux visant la réalisation, aux deux années, d'un sondage de satisfaction de la clientèle basée sur les paramètres du sondage du CQA pour assurer la comparaison et le suivi des résultats.

Les comités d'amélioration de la qualité qui intègrent la démarche de suivi des recommandations d'Agrément Canada sont actifs.

Les représentants du conseil des professionnels (CM) et du Conseil des infirmiers et infirmières (CII) ont manifesté leur appréciation au regard de l'accès à de la formation et l'information sur les activités de gestion des risques, la pratique en interdisciplinarité et les activités du comité Santé et sécurité au travail.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
1.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un cadre conceptuel en matière d'éthique dans le but de favoriser l'éthique dans la pratique.	!
1.5 Le cadre conceptuel en matière d'éthique définit les processus et les outils servant à gérer les problèmes, les dilemmes et les préoccupations d'ordre éthique.	
1.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme désigne et surveille les personnes responsables du cadre conceptuel en matière d'éthique et des processus de résolution des problèmes d'éthique.	
1.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme renforce la capacité de l'organisme à utiliser le cadre conceptuel en matière d'éthique.	

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

Durant les deux dernières années, l'organisme a consenti des efforts afin de structurer des orientations et des modalités de mise en œuvre de ses responsabilités en matière d'éthique. Une politique a été conçue pour répondre à ces objectifs et un comité d'éthique clinique a été mis en place. Un code d'éthique a été développé, des conférences ont été présentées aux intervenants par des éthiciens reconnus et des modalités de référence au comité d'éthique ont été communiquées.

Toutefois, la politique d'éthique ne constitue pas un cadre de référence. Un cadre de référence en matière d'éthique s'appuie sur une structure organisationnelle définie ainsi que sur des règlements, codes, politiques et procédures, le tout associé à un processus permettant aux administrateurs, dirigeants, gestionnaires et prestataires de soins et de services d'acquiescer les attitudes, comportements, connaissances et compétences en matière d'éthique tant organisationnelle que clinique. L'organisme est donc encouragé à se doter d'un cadre de référence en matière d'éthique selon un modèle reconnu.

3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
7.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme collabore avec le conseil d'administration pour élaborer et mettre en oeuvre un plan de communication en vue de diffuser de l'information aux partenaires de l'interne et de l'externe, et en recevoir d'eux.	
7.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme consulte régulièrement les partenaires pour évaluer l'efficacité de ses relations avec ceux-ci.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
<p>Le rôle du service des communications nécessite d'être revu et augmenté pour refléter le caractère stratégique des communications et soutenir les orientations de l'établissement au regard d'une plus grande fluidité des communications internes et externes. Un tel plan devrait comporter des objectifs et un plan d'action et agir en aval des problématiques de communications.</p> <p>Par ailleurs, la tournée des municipalités et la rencontre des maires de huit municipalités, le bulletin d'information du conseil d'administration et les rubriques dans le journal sont des éléments structurants pour l'organisation.</p>	

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)

L'installation du Centre d'hébergement de East Angus a été reconnue comme désuète tant par le personnel d'encadrement de l'organisme que par les responsables de l'Agence régionale de la Santé et des Services sociaux et les autorités ministérielles. Un projet de nouvelle construction est en élaboration.

Malgré la désuétude de cette installation, le personnel d'encadrement prend toutes les précautions possibles pour protéger les usagers, les professionnels et le personnel qui y travaillent.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
14.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un plan de continuité des opérations afin de poursuivre les opérations critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.	
14.10 Le plan de continuité des opérations porte sur les systèmes d'appoint pour les services publics et les systèmes essentiels pendant et après les situations d'urgence.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le plan de mesures d'urgence a été élaboré il y a plusieurs années, mais le CSSS s'est doté de processus simplifiés pour assurer une réponse adéquate aux situations d'urgence. Ainsi, le plan est en révision et les travaux sont effectués dans une perspective de formation et réflexion dans l'action afin de développer la qualité des gestes à poser en situation réelle. L'organisme est encouragé à poursuivre ses travaux en ce sens.

Par ailleurs, le CSSS ne s'est pas doté d'un plan de continuité des opérations afin de poursuivre les opérations critiques pendant et après un sinistre. Il n'a pas non plus décrit ce qu'il pourrait considérer comme opérations critiques dans le contexte spécifique du CSSS. L'organisme est encouragé à cibler ses opérations critiques et à structurer son plan de continuité des opérations.

3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Le cheminement des clients au sein du CSSS du Haut-St-François est bien organisé. Une politique de gestion des listes d'attente a même été récemment adoptée par le conseil d'administration et l'ensemble des gestionnaires accorde une importance palpable dans la gestion des listes d'attente.

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 : Prévention des infections	
12.8 L'organisme consigne les désinfections en précisant l'instrument traité et le désinfectant utilisé.	

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

Le personnel d'encadrement de l'organisme dispose d'un processus structuré et transparent pour sélectionner et acheter l'équipement, les instruments et les appareils médicaux et il a recours aux compétences et aux pouvoirs d'achat de partenaires du réseau public de la santé et des services sociaux dont le CHUS et le CSSS des Sources.

Le personnel d'encadrement de l'organisme dispose d'un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, pour l'équipement et la technologie.

Un projet est en cours pour transférer toutes les activités de retraitement dans le CSSS des Sources qui, contrairement au CSSS du Haut-St-François, comprend un centre hospitalier bien équipé pour ce travail.

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

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

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

Gestion des maladies chroniques

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

3.2.1 Ensemble de normes : Populations vivant avec une maladie mentale

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques	
4.3 L'organisme dispose de programmes de prise en charge autonome des maladies mentales.	
4.4 L'organisme informe les prestataires de services et les populations vivant avec une maladie mentale sur la façon d'accéder aux programmes de prise en charge autonome.	
4.5 Les programmes de prise en charge autonome des maladies mentales de l'organisme accordent la priorité à la responsabilisation du client et à des méthodes de résolution des problèmes.	
4.6 Les programmes de prise en charge autonome des maladies mentales de l'organisme comprennent le soutien aux familles et aux soignants des personnes qui vivent avec une maladie mentale.	
5.4 Les activités de recherche de l'organisme en ce qui concerne les populations vivant avec une maladie mentale sont conformes aux protocoles et aux normes applicables en matière de recherche et d'éthique.	!
5.5 L'organisme transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
6.3 L'organisme utilise le système d'information clinique pour établir les priorités en matière de services en classant les clients selon leur maladie et d'autres facteurs tels que la comorbidité.	
6.4 L'organisme collabore avec les prestataires de soins primaires, les partenaires et d'autres organismes en vue d'intégrer les systèmes d'information.	
6.5 L'organisme utilise le système d'information pour produire régulièrement des rapports sur le rendement et la conformité aux lignes directrices, et pour améliorer les services et les processus.	

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

Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques

La gestion des maladies chroniques pour les personnes vivant avec une maladie mentale est caractérisée par l'engagement des personnes, tant des employés et gestionnaires de l'établissement que des partenaires du milieu communautaire. L'organisme connaît bien les besoins de sa clientèle et est au fait de ses réussites, mais aussi de ses enjeux et défis. Le personnel a accès à des activités de formation et de perfectionnement souvent données par des psychiatres, notamment lors de rencontres d'équipe. Un psychiatre est répondant et consultant pour les membres de l'équipe ce qui leur permet d'avoir accès à du soutien clinique spécialisé. L'organisme est aussi très actif auprès de ses partenaires du réseau communautaire par des rencontres régulières et des ententes de services bien structurées. Dans ce contexte de partenariat centré sur les besoins de la population, différentes initiatives ont été prises tant pour la promotion et la prévention en santé mentale que pour le soutien aux clients et aux familles. L'organisme est encouragé à poursuivre son travail en ce sens.

Par ailleurs, il n'existe pas pour le moment de programmes de prise en charge autonome des maladies mentales. Étant donné la prévalence des problèmes de santé mentale, l'organisme est encouragé à développer les programmes de prise en charge autonome qui répondent le mieux aux besoins de la population du territoire. L'organisme est aussi encouragé à structurer ses processus concernant la collaboration à des projets de recherche afin de s'assurer de leur conformité.

3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

Épisode de soins

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

Aide à la décision

- Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.

Impact sur les résultats

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.


Gestion des médicaments

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

Prévention des infections

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.

3.3.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
2.13 Le comité interdisciplinaire élabore un processus pour s'occuper des médicaments apportés dans l'organisme par les usagers et les familles.	
14.2 L'organisme dispose de critères sur la façon dont les ordonnances écrites sont envoyées à la pharmacie.	
15.5 L'organisme dispose d'un processus que le pharmacien, l'infirmière et le prescripteur doivent suivre en cas d'un désaccord au sujet d'une ordonnance de médicament.	

16.4 L'organisme dispose d'une zone séparée où se trouve une hotte à flux laminaire certifiée pour la préparation des produits stériles et des solutions intraveineuses.



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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Compte tenu de l'absence de pharmaciens dans l'établissement, l'accès à des ressources spécialisées en pharmacologie pédiatrique, adulte et gériatrique pour le personnel et les prestataires de services du CSSS du Haut-St-François est rendu possible grâce à une collaboration avec les autorités du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et à un contrat avec une pharmacie communautaire qui permet l'approvisionnement en médicaments pour l'organisme.

Compte tenu de l'absence de pharmacien et de l'inexistence d'un département de pharmacie dans le CSSS du Haut-St-François, le conseil des médecins et les directions qui sont concernées par les activités cliniques pourraient profiter d'un soutien au moins ponctuel d'un expert en pharmacie pour les guider dans la gestion des médicaments.

3.3.2 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
4.4 L'organisme a instauré une politique et une procédure pour l'administration du vaccin antigrippal aux clients, au personnel et aux prestataires de services.	!
8.1 Le personnel et les prestataires de services entreposent, préparent et manipulent la nourriture de façon appropriée.	!
12.1 L'organisme vérifie les qualifications et les compétences du personnel affecté au retraitement des instruments médicaux réutilisables.	
12.7 L'organisme vérifie la concentration de ses désinfectants à chaque jour à l'aide des bandelettes de test appropriées, et il élimine les désinfectants qui sont préparés depuis plus de deux semaines, même après vérification de la concentration.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Prévention des infections	

Le service de prévention et contrôle des infections a vécu des changements avec le départ à la retraite de l'infirmière qui occupait ce poste depuis 2006 et l'arrivée d'une nouvelle infirmière depuis septembre 2013. Le rôle a également été modifié à un rôle-conseil avec du coaching et du soutien auprès des assistantes du supérieur immédiat.

Le programme de prévention et contrôle des infections a été révisé en février 2014 et sa diffusion auprès des services et des équipes est prévue d'ici juin 2014. Dans la dernière année, plusieurs protocoles, procédures, programmes et plans de gestions ont fait l'objet d'une révision et mise à jour. L'organisme est encouragé à faire sa diffusion auprès des équipes et des services. Un registre trimestriel pour les taux d'infections est soumis au comité de gestion des risques.

Les installations physiques du Centre d'hébergement d'East Angus, dont la cuisine, présentent plusieurs déficiences, entre autres dans la délimitation des secteurs propres et souillés, ne favorisant pas le respect des normes.

Un arbre décisionnel a été mis en place permettant de bien identifier les rôles des intervenants et des gestionnaires dans les équipes interdisciplinaires pour la gestion des éclosions. Ce processus est bien connu et les familles sont également impliquées et sensibilisées. Un comité interdisciplinaire de gestion des éclosions a été mis sur place à l'automne 2013 afin d'assurer un suivi étroit avec les divers services et les équipes soignantes lors de situations d'éclosions. Un registre trimestriel pour les taux d'infections est soumis au comité de gestion des risques et de la qualité.

Les contenants avec produit désinfectant pour le lavage des mains sont disponibles et accessibles pour les employés, les clients et les visiteurs dans des endroits stratégiques des six installations.

Deux audits sont effectués par année pour le lavage des mains dans les installations à tour de rôle visant des observations pour les pratiques d'hygiène des mains auprès de toutes les catégories d'employés. Les résultats sont diffusés aux équipes.


Un Webinaire régional sur l'hygiène des mains et sur les pratiques de base et précautions additionnelles devrait être disponible pour mai 2014 et cette formation en Cyberapprentissage sera accessible sur les postes informatiques pour l'ensemble du personnel.

Un questionnaire a été élaboré et diffusé au personnel des six installations en février 2014 pour obtenir un état de situation au regard des pratiques pour la désinfection des appareils et outils de travail utilisés par le personnel infirmier. Un plan d'action est à faire avec des pratiques uniformes à mettre en place en matière de désinfection.

Les deux personnes attitrées pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation des instruments médicaux réutilisables sont des auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS) qui n'ont pas suivi la formation reconnue en stérilisation et retraitement des instruments et équipements. Ces personnes occupent le poste depuis 2011 et ont reçu en 2011 une formation par l'infirmière en prévention et contrôle des infections. Un guide de stérilisation des instruments et petits équipements a été élaboré avec des consignes et directives précises et est accessible pour les deux ASSS.

L'organisme a déposé un projet d'entente de service avec le CSSS des Sources pour la stérilisation et le retraitement des instruments et équipements, car les espaces dédiés dans les lieux physiques actuels pour cette pratique ne respectent pas les normes. Nous encourageons l'organisme à explorer cette possibilité intéressante avec des services spécialisés en stérilisation.

3.3.3 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	
10.5 Les activités de recherche de l'équipe relatives aux services de santé communautaire respectent les normes et les protocoles en matière de recherche et d'éthique appropriés.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>Le profil démographique de la communauté pour le programme Enfant-Jeunesse-Famille démontre un taux de clientèle défavorisée important. Ces données servent d'assises pour l'approche et les orientations à préconiser par les intervenants dans la prestation des soins et services. Un projet régional (Parent Aise) a été mis sur pied depuis 1 an avec la collaboration des partenaires du réseau local et le Centre Jeunesse visant les jeunes de 0-12 ans avec un profil de négligence afin de soutenir les familles vivant dans ce contexte.</p> <p>Le cheminement des demandes dans le Programme Enfance-Jeunesse-Famille est bien structuré et documenté. Pour le CAFE (crise-adolescent-famille-enfant), la réponse à la demande se fait en 2 heures ou moins, avec une visite à domicile; de plus, une intervenante, travailleuse sociale ou psycho éducatrice sont de garde jusqu'à 20 h 30, 5 jours par semaine.</p>	

Processus prioritaire : Compétences

Des rencontres d'équipes interdisciplinaires structurées sont en place et se déroulent toutes les deux semaines. Le rôle et le fonctionnement sont clairement définis. Les rôles et les champs de pratiques des divers intervenants sont clairs. L'équipe reçoit de la formation pertinente pour maintenir leurs connaissances à jour et selon les meilleures pratiques en place. L'évaluation du rendement des employés est faite selon la politique en vigueur.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Une collaboration étroite existe entre le réseau local et les partenaires communautaires, tel que le Centre jeuneuse, Centre de la petite enfance et Commission scolaire pour assurer la prestation des soins et services adaptés aux besoins spécifiques de la clientèle. Depuis 2013, l'équipe santé mentale participe à un projet régional avec trois autres CSSS de la région visant l'amélioration de l'organisation du travail des équipes santé mentale pour le soutien d'intensité variable en partenariat avec les ressources humaines et les syndicats. Le Centre national d'excellence en santé mentale collabore afin de partager leur expertise.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme participe à des activités de recherche avec des maisons d'enseignement universitaire; depuis le printemps 2014, l'organisme collabore dans un projet de recherche visant la préparation des enfants à la maternelle. Il n'existe aucun mécanisme formel en place pour appuyer la demande de participation à un projet de recherche. L'organisme est invité à mettre une structure formalisée en place afin de respecter les normes et protocoles en matière de recherche.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Afin de connaître la perception de la clientèle au regard de la satisfaction des soins et services, l'organisme est encouragé à instaurer un processus d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

3.3.4 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	
18.4 Les activités de recherche de l'équipe relatives aux services de santé mentale respectent les normes et les protocoles en vigueur en matière de recherche et d'éthique.	!
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	
Des groupes pour la clientèle en santé mentale ont été mis sur pied à la suite des études et recherches au niveau local, régional, et provincial, pour répondre aux besoins de la population. Le réseau d'hébergement temporaire en santé mentale dispose de 23 places ciblant des personnes à la prise avec un problème de santé mentale. Le VIRAGE SM est bien instauré dans la communauté avec des activités impliquant la participation de la clientèle ayant des problèmes de santé mentale dans une optique de réduire et éliminer la stigmatisation associée aux maladies mentales. Des organismes, tels que l'IGA et la pharmacie, participent à des activités qui encouragent la vente de produits confectionnés par la clientèle de santé mentale à la population. L'organisme participe aux activités communautaires organisées dans le cadre de la semaine de santé mentale et la semaine de prévention de suicide.	

Processus prioritaire : Compétences

Une formation d'une demi-journée sur la sécurité en milieu de travail a été donnée en mars 2014 par le Centre national d'excellence en santé mentale et adaptée à la réalité de santé mentale pour les intervenants œuvrant dans les CLSC. De façon régulière, le directeur de services à la communauté souligne les Bons Coups des employés par le biais de courriels, le journal interne, les rencontres individuelles ou lors des rencontres d'équipe interdisciplinaire; les intervenants se félicitent également entre eux pour des bons coups réalisés. Les systèmes informatiques sont en développement pour intégrer les demandes à l'accueil psychosocial et la compilation des données statistiques. Un projet LEAN initié en 2012 pour un accueil centralisé sera déployé en mai 2014 permettant une évaluation de la gestion de la charge de travail des intervenants. En septembre 2014, une formation pour la consignation informatisée des notes au dossier suivra.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'offre de service aux clients et familles est bien coordonnée à partir du premier contact avec un intervenant et jusqu'à la fin des services. Les membres de l'équipe travaillent en étroite collaboration et les rencontres d'équipes interdisciplinaires sont un forum pour échanger, partager, et discuter des clientèles suivies.

Processus prioritaire : Aide à la décision


L'information nécessaire pour appuyer les décisions par rapport à la prestation des services est accessible aux divers intervenants. Les systèmes et les processus en place permettent d'assurer la gestion de l'information relative à la clientèle. La confidentialité des dossiers des clients est respectée.


L'organisme n'amorce pas des projets de recherche. Toutefois, il participe à des projets de recherche provenant des maisons d'enseignements universitaires et il n'existe pas un processus formel structuré pour l'approbation des demandes de participation à des projets de recherche. Nous invitons l'organisme à mettre en place des mécanismes formalisés à cet égard.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Pour la clientèle adulte nécessitant des services de santé mentale, la priorité des intervenants est axée sur la gestion et la prévention des risques en matière de sécurité. Les intervenants reçoivent régulièrement des formations adaptées à la réalité du milieu de travail en matière de sécurité afin de déceler les risques et améliorer la qualité des services.

3.3.5 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	
3.7 L'équipe suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.10 Les besoins de formation et de perfectionnement de chaque membre de l'équipe sont évalués et satisfaits.	
5.1 L'organisme dispose de critères définis et équitables pour attribuer les responsabilités et les résidents aux membres de l'équipe.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.8 Les résultats de l'évaluation sont présentés en temps opportun aux résidents, aux familles et aux prestataires de services et ils doivent être clairs et faciles à comprendre.	
<p>8.4 L'équipe évalue le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p> <p>8.4.1 L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.</p> <p>Les équipes des services de soins de longue durée qui n'utilisent pas d'outil d'évaluation des risques validé et normalisé à l'heure actuelle devront le faire au plus tard en janvier 2013.</p> <p>8.4.2 L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque résident à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du résident.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>
9.3 L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des résidents qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	
10.7 L'équipe fournit aux résidents et aux familles de l'enseignement sur les besoins qui sont ressortis de l'évaluation.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	

15.2	Les membres de l'équipe reçoivent de la formation et du perfectionnement sur les systèmes d'information et autres technologies.	
16.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à ses services de soins de longue durée.	!
16.2	L'équipe examine ses lignes directrices pour s'assurer qu'elles sont à jour et tiennent compte des résultats actuels de la recherche et de l'information sur les meilleures pratiques.	!
16.3	Le processus de vérification de l'équipe englobe la sollicitation de commentaires auprès du personnel et des prestataires de services au sujet de l'applicabilité des lignes directrices et de leur facilité d'utilisation.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
16.4	L'organisme transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
17.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les résidents.	
17.2.4	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
18.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)		
Processus prioritaire : Direction clinique		

Durant les deux dernières années, des travaux ont été effectués en matière de gestion des lits d'hébergement pour assurer une utilisation efficace des ressources. Ainsi les mécanismes d'accès locaux ont permis de bien circonscrire les besoins de la communauté et de mettre en oeuvre un plan relatif au continuum de soins et services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Dans ce contexte, les services de soutien à domicile ont été intensifiés, des ententes ont été faites avec des résidences privées pour personnes âgées notamment, pour de l'hébergement répondant aux besoins des personnes avec déficit cognitif qui ne nécessitent pas un hébergement en centre d'hébergement. L'organisme est encouragé à poursuivre le suivi des besoins de la population de son territoire en matière d'hébergement afin de répondre aux besoins réels des personnes et de leurs familles.

Un projet de réorganisation du travail a été mis en place dans les deux centres d'hébergement afin d'assurer un meilleur suivi en soins infirmiers. Les membres de l'équipe ont été consultés et sont impliqués dans les travaux par l'entremise de sept sous-comités de travail. L'organisme est encouragé à poursuivre les efforts entrepris qui ont pour objet d'assurer un suivi en soins infirmiers gériatriques basé sur les meilleures pratiques.

Processus prioritaire : Compétences

Des efforts importants sont déployés pour développer le travail en interdisciplinarité. Des équipes interdisciplinaires se rencontrent toutes les deux semaines pour s'entendre sur les plans de soins ou d'intervention et analyser certaines situations problématiques. Ces rencontres sont effectuées dans des locaux fermés pour assurer la confidentialité. Les membres de l'équipe communiquent aussi régulièrement pour coordonner les services. Toutefois, il n'existe pas de processus structuré d'évaluation du fonctionnement des équipes interdisciplinaires. L'organisme est encouragé à développer ce processus d'évaluation et à le faire connaître aux intervenants.

Un programme d'intégration des nouveaux employés est disponible et utilisé en hébergement. Il comprend notamment une formation sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement, des appareils et des fournitures utilisés dans ce secteur d'activités. Plusieurs activités de formation ont été offertes récemment en lien avec le concept milieu de vie, concernant par exemple l'alimentation, la dysphagie, l'approche à la personne âgée hébergée.

L'organisme ne dispose pas actuellement de critères définis et équitables pour attribuer les responsabilités et les résidents aux membres de l'équipe. Par ailleurs, la façon de faire actuelle par rotation a été évaluée et considérée comme non satisfaisante. Ainsi, des pistes de solutions ont été envisagées, entre autres la notion d'intervenant accompagnateur comme personne de référence au résident et à sa famille. Cette solution mérite d'être développée et encouragée auprès des équipes en hébergement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Des processus et procédures normalisés sont disponibles telles des méthodes de soins, des ordonnances collectives, des règles de soins afin de soutenir le travail des équipes soignantes. Différents outils d'information sont disponibles pour les résidents et les familles, dont le document d'accueil de la clientèle, lors d'une admission. Outre les évaluations des risques de chutes et de risques de plaies de pression qui ne sont pas effectués systématiquement, les évaluations de l'état de santé de la personne sont effectuées en temps opportun et au besoin. Toutefois, ces évaluations ne sont pas nécessairement partagées avec le résident et sa famille. Les PII (plans d'intervention interdisciplinaire) et les PTI (plans thérapeutiques infirmiers) sont faits systématiquement pour chaque résident, ce qui permet d'effectuer le suivi de l'état de santé de la personne et de bien communiquer entre les membres de l'équipe. Les PII sont développés en équipe interdisciplinaire incluant le client et les familles, lorsque possibles.

Des modalités de suivi sont mises en place lors de l'apparition d'une plaie de pression et ce suivi est effectué rigoureusement. Par ailleurs, l'évaluation du risque n'est pas effectuée systématiquement et le taux de prévalence non évalué. L'organisme est encouragé à poursuivre ses travaux pour assurer le déploiement d'un programme structuré en soins de plaies, incluant une évaluation systématique du risque selon les meilleures pratiques.

Trois risques potentiels ayant un impact sur la sécurité des résidents ont été identifiés pendant la visite : 1) des fenêtres ouvertes et non sécurisées, 2) des températures de l'eau de bains non calibrées, et 3) un accès non sécurisé pour les ascenseurs sauf pour les résidents ayant un bracelet anti fugue. L'équipe est encouragée à réfléchir sur les risques identifiés et mettre en place des moyens pour les éliminer ou les mitiger.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe tient un dossier à jour pour chaque résident. Les dossiers sont conservés dans un local qui permet un accès limité pour assurer la confidentialité. Les dossiers sont disponibles en tout temps. L'équipe ne dispose pas d'outils informatisés et n'est pas en mesure de cerner ses besoins à ce sujet. Conséquemment, l'équipe ne reçoit pas de formation sur les systèmes d'information.


L'organisme est encouragé à développer les possibilités qui s'offrent à lui d'utiliser les technologies de l'information pour le volet clinique en centre d'hébergement. Ces outils sont actuellement disponibles pour la gestion et pourraient être exploités pour permettre un accès rapide aux données cliniques et au suivi des indicateurs de qualité tout en soutenant l'organisation du travail des équipes de soins.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est sensibilisée à la gestion des risques et connaît les situations critiques potentielles rattachées à la clientèle de l'hébergement. L'équipe s'est donné des moyens pour s'assurer de la double identification du résident lors de la prestation de soins. Toutefois, dans certaines situations, la double identification est difficilement réalisable dans le contexte où le résident n'a pas de bracelet d'identification. L'organisme est encouragé à trouver des solutions permettant la double identification tout en respectant le concept milieu de vie.

La stratégie de prévention des chutes est mise en place par un programme qui a été revu récemment, mais cette stratégie n'est pas évaluée. Bien que des efforts importants soient consentis par les équipes soignantes pour gérer les chutes, l'évaluation des risques de chutes n'est pas effectuée systématiquement et selon ce qui est prévu dans le programme. Étant donné les processus de réorganisation du travail en hébergement et l'augmentation de la présence d'infirmières, l'organisme est encouragé à soutenir l'évaluation systématique des risques de chutes et d'en assurer le suivi de manière diligente.

3.3.6 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
4.7 Le placement de stagiaires et de bénévoles est favorisé au sein de l'équipe de soins ambulatoires.	
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	
7.6 L'équipe revoit régulièrement les besoins des clients qui sont en attente de services et répond rapidement à ceux qui vivent une urgence ou une situation de crise.	
8.6 L'équipe a recours à des mesures cliniques normalisées pour évaluer la douleur du client.	
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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe du CSSS du Haut-St-François collabore avec d'autres services, programmes, partenaires et organismes pour identifier les services et s'occuper de leur prestation et de leur coordination dans l'ensemble du continuum de soins. Cette collaboration est particulièrement vivante avec les différents organismes communautaires de son territoire de desserte.

Processus prioritaire : Compétences

Les chefs d'équipe évaluent et documentent le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive sur une base bisannuelle dans le secteur des soins ambulatoires.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Bien que le CSSS du Haut-St-François ne dispose pas d'un département ni d'un service de pharmacie à l'intérieur de ses murs, il a réussi à implanter le bilan comparatif des médicaments pour une clientèle ciblée en soins ambulatoires avec l'implication du corps médical, du personnel infirmier et des pharmaciens communautaires. Cette réalisation mérite d'être soulignée.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le processus de revue des guides de l'équipe englobe la sollicitation de commentaires auprès du personnel et des prestataires de services au sujet de l'applicabilité des guides et de leur facilité d'utilisation.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes dans le secteur des soins ambulatoires, mais elle n'en fait pas encore l'évaluation en continu.

3.3.7 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

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


Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

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.	
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

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

Un dépliant sur les services offerts à la population ainée du Haut-Saint-François a été élaboré en octobre 2013 avec la collaboration des partenaires du réseau local de services du SAPA du Haut-Saint-François; ce dépliant est remis à la clientèle pour les informer des services offerts sur le territoire.

Un formulaire de référence interne élaboré en 2013 permettant aux intervenants pivots d'identifier les facteurs de risque de sécurité pour la clientèle à domicile et de pister les stratégies en matière de sécurité.

Processus prioritaire : Compétences

Pour les demandes de prêts d'équipement des clients à domicile, les clients reçoivent l'information pertinente pour l'utilisation adéquate et pour prévenir des accidents; ils sont également responsabilisés à rapporter toutes problématiques au bon fonctionnement de l'équipement.

Une formation au sujet des pompes à perfusion est faite par l'assistante en soins infirmiers chaque année et au besoin selon le roulement du nouveau personnel infirmier; un registre est tenu; en 2013-2014, 11 participants, soit 91,6 % du personnel infirmier formé.

Une politique et procédure sur le code blanc en place; le personnel a été formé en décembre 2013.

Une activité annuelle de reconnaissance des employés en place pour souligner les 10-15-20 années de service et les départs à la retraite. De plus, le chef de programme de soutien dans le milieu souligne les bons coups des membres de l'équipe interdisciplinaire aux rencontres des équipes interdisciplinaires.

La politique d'évaluation de rendement du personnel en place dans l'organisme pour des évaluations toutes les deux années; 75 % du personnel dans le programme de soutien dans le milieu ont été évalués à ce jour; nous encourageons le chef de programme de poursuivre les efforts déployés pour atteindre 100 %.

Une culture de non-blâme en place dans l'organisation et les employés sont encouragés à déclarer toute forme d'incident et accident dans une optique d'amélioration continue.

À ce jour, dans le dossier de la clientèle suivi pour des soins à domicile, l'évaluation des clients et les notes consignées au dossier sont informatisées; le plan de service individualisé (PSI) version informatisé est en voie de réalisation.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Toute question d'ordre éthique est transmise au comité d'éthique et un suivi rapide est assuré.

Un contrat de bonne entente de service est remis à la clientèle par l'intervenant pivot lors du premier contact dans une optique d'informer et de responsabiliser la clientèle quant à leur rôle en matière de sécurité dans la prestation des soins et services. Les clients sont invités à signer cette entente; toutefois, s'il y a un refus de la part du client, le client a toujours accès aux services demandés. De plus, ces consignes sont également révisées verbalement avec les clients. Nous encourageons l'organisme à explorer comme alternatif que ce type d'information écrite soit présentée aux clients sous forme de consignes de sécurité dans un dépliant succinct et simple.

Il n'existe pas de structure formelle en place pour recueillir la perception des clients au regard des soins et services offerts par l'organisme. Toutefois, les inhalothérapeutes distribuent annuellement un sondage à la clientèle pour obtenir leurs commentaires à cet égard. Dans le cadre d'un projet LEAN, des appels téléphoniques auprès de 30 clients ont été faits en février 2014 pour évaluer les délais d'attente pour les demandes de service en ergothérapie; un Kaizen a été fait par la suite et un plan d'action avec des mesures en mettre en place est en cours d'élaboration. L'organisme est encouragé à mettre en place une structure plus formalisée pour évaluer la satisfaction des clients dans la dispensation des soins et services.

L'organisme est félicité dans sa démarche d'avoir un Centre de jour disponible pour la communauté dans cinq points de service dont trois points de service sont hors institutions. La clientèle inscrite est passée de 20 à 75 dans les deux dernières années en raison des lieux de proximité disponibles à la population dans les cinq différents points de service.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les divers intervenants assurent la confidentialité de l'information et des documents de la clientèle. Les notes au dossier sont informatisées et sont consignés en temps opportun par les intervenants post visite à domicile et selon les exigences des ordres professionnels. L'accessibilité aux notes informatisées permet aux divers intervenants de les consulter pour assurer la continuité des soins selon le plan d'intervention. Les plans de travail utilisés lors des visites à domicile assurent un moyen de communication rapide et à jour pour les intervenants dans la continuité des soins.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Une analyse des risques en lien avec les problèmes de sécurité potentiels est faite à l'accueil centralisé. Lors de la première visite à domicile, une évaluation des risques liés à la sécurité de la clientèle est faite par l'intervenant pivot et de l'information est fournie au client pour minimiser et éviter des accidents potentiels. Tout accident est déclaré selon la politique en vigueur.

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 : 19 avril 2013 au 9 mai 2013
- Nombre de réponses : 14

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.	36	0	64	92
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	29	14	57	94
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	7	14	79	96
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	14	14	71	95

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	23	15	62	92
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	64	21	14	92
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	7	7	86	96
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	14	14	71	95
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	21	7	71	94
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	23	8	69	92
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	29	0	71	87
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	54	8	38	91
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	50	14	36	93
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	21	14	64	86
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	50	14	36	96
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	7	7	86	95

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	8	8	85	96
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	31	15	54	72
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	46	8	46	64
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	43	14	43	58
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	43	0	57	76
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	71	7	21	52
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	29	21	50	77
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	15	8	77	82
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	38	15	46	65
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	36	7	57	95
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	21	21	57	80
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	21	7	71	94

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	7	21	71	83
30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	15	85	90
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	57	7	36	84
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	54	23	23	79
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	46	23	31	87
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	25	17	58	91
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	14	0	86	94
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	29	7	64	87
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	7	0	93	92

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

4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

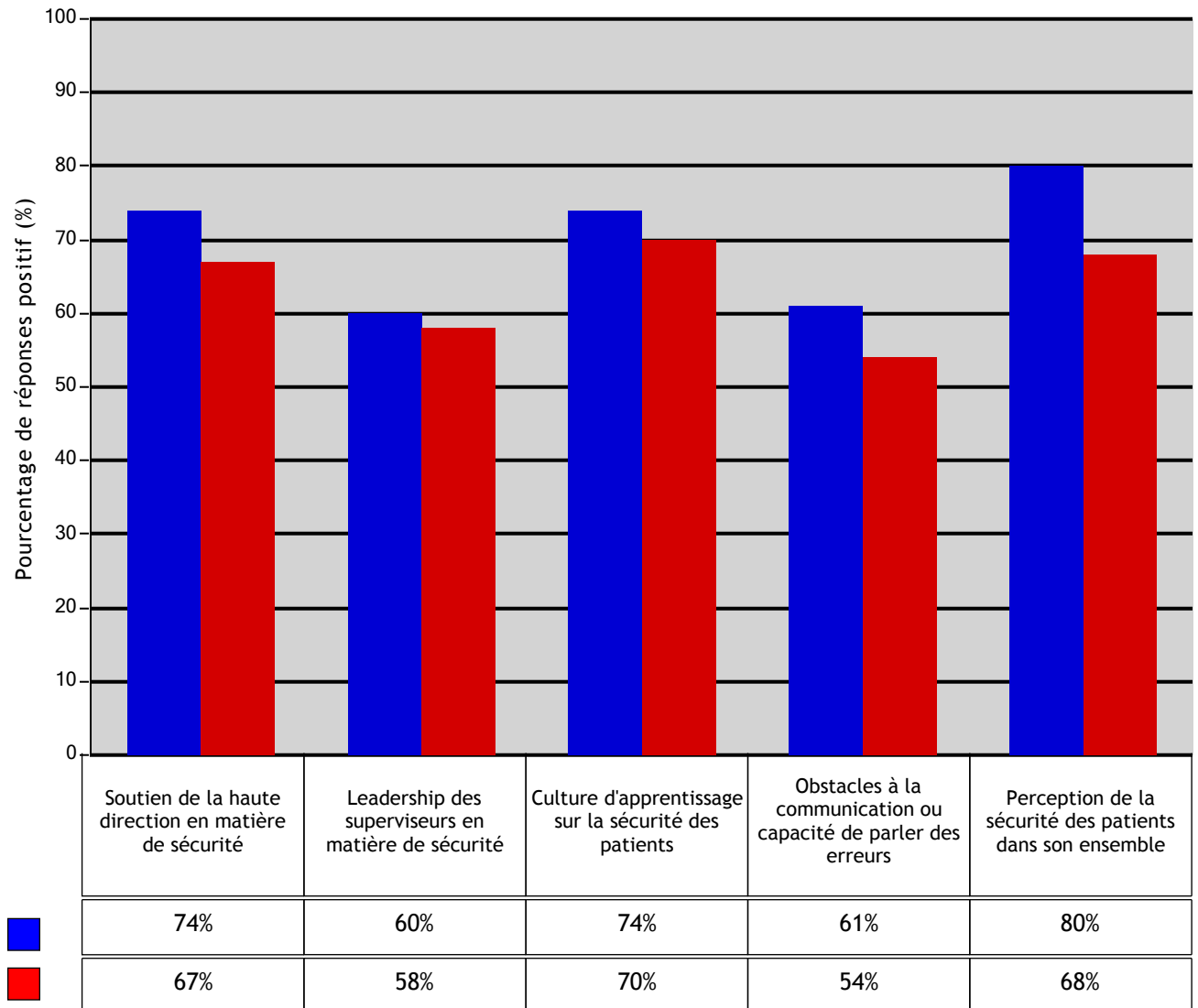
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- Période de collecte de données : 19 avril 2013 au 31 mai 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 143
- 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 Haut-Saint-François
- * Moyenne canadienne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mobilisation :

Comparaison entre le degré de mobilisation du personnel du CSSS du Haut-St-François et celui observé dans d'autres établissements de taille similaire

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 229			Autres établissements du Québec n = 1586		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	81,00	79,00	83,00	80,00	75,00	85,00
JAUNE	Implication	75,00	72,00	77,00	77,00	72,00	82,00
JAUNE	Collaboration	76,00	74,00	79,00	79,00	75,00	83,00
JAUNE	Soutien	72,00	70,00	74,00	74,00	69,00	79,00
JAUNE	Communication	68,00	65,00	71,00	71,00	66,00	76,00
JAUNE	Leadership	73,00	70,00	75,00	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'utilisateurs des services de santé et des services sociaux. Ces rencontres se renouvellent habituellement aux trois ans afin de vérifier et d'ajuster au besoin le concept de qualité des services tel que perçu par les utilisateurs du réseau des services de santé et de services sociaux.

Clientèle hébergement :

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

Code couleur	Indicateurs	Organisation			Autres établissements du Québec		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	89,00	87,00	91,00	86,00	84,00	89,00
JAUNE	Prestation professionnelle	86,00	82,00	89,00	83,00	81,00	84,00
VERT	Organisation des services	86,00	84,00	89,00	83,00	81,00	84,00

Clientèle CH et CLSC :

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS du Haut-St-François et celui observé dans des établissements comparables

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 440			Autres établissements du Québec n = 1373		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	93,00	92,00	93,00	91,00	79,00	95,00
JAUNE	Prestation professionnelle	88,00	87,00	90,00	89,00	80,00	92,00
JAUNE	Organisation des services	88,00	87,00	89,00	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 visite s'est déroulée en toute convivialité et l'expertise de l'équipe visiteuse a été bien appréciée.

Toutes les équipes qualité permanentes du CSSS ainsi que l'ensemble du personnel et des médecins ont reconnu l'apport de la démarche au plan de la mobilisation à l'amélioration des pratiques cliniques et administratives. Les résultats atteints sont une source de fierté pour tous les membres du CSSS du Haut-Saint-François ainsi que pour les instances qui y gravitent, tant à l'interne qu'à l'externe.

En prévision de la visite qui s'est déroulée du 27 avril au 1er mai 2014, nous avons anticipé plusieurs points d'amélioration continue. L'évaluation des membres de l'équipe visiteuse nous a confirmé que les normes touchant la prévention des chutes, les plaies de pression, la communication ainsi que l'éthique clinique et administrative feront l'objet de suites à donner au cours des prochains mois et année. Ces éléments seront priorisés dans le contexte global de réalisation du programme d'amélioration continue de la qualité et du plan qui s'y rattache.

Nous tenons à mentionner le soutien reçu de notre spécialiste en agrément Madame Johanne Francoeur. Sa promptitude à répondre à nos questions ainsi que son expertise ont contribué à la réussite de la démarche. Nous soulignons également la collaboration constante de Madame Annick Tessier, laquelle fut grandement appréciée.

Nous remercions l'équipe d'Agrément Canada, l'équipe de visiteurs ainsi que toutes les personnes qui ont pris part au processus. Il confirme notre engagement et notre souci pour la qualité et la sécurité des soins et des services offerts. La culture de continuité à cet égard est bien implantée. L'établissement s'engage à fournir les efforts requis pour la maintenir et la faire croître.

Mario Morand, directeur général

Anne Simard, directrice générale adjointe
Coordonnatrice de la démarche d'agrément

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.