

**Agrément Canada  
Conseil québécois d'agrément**

## **Rapport d'agrément**

**Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog**

Magog, QC

*Dates de la visite d'agrément : 1 au 6 juin 2014*

*Date de production du rapport : 27 juin 2014*



**AGRÉMENT CANADA  
ACCREDITATION CANADA**

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

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

## Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog (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 juin 2014. Ce rapport repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément se fient à l'exactitude de ces renseignements pour planifier et tenir la visite, ainsi que pour produire le rapport d'agrément.

## Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel; il est fourni par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément uniquement à l'organisme. Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément ne présentent ce rapport à aucune autre partie.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément encouragent l'organisme à divulguer le contenu de son rapport d'agrément au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

Toute modification du rapport compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

## Un mot de la présidente-directrice générale d'Agrément Canada et du président du Conseil québécois d'agrément

Au nom d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, nous tenons à féliciter votre organisme de sa participation au programme conjoint d'agrément. Celui-ci est conçu de manière à s'intégrer à votre processus d'amélioration continue de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de sa pleine valeur.

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

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

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

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin  
Présidente-directrice générale



Sean P. Clarke  
Président

## Table des matières

<b>1.0 Sommaire</b>	<b>1</b>
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	16
<b>2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>19</b>
<b>3.0 Résultats détaillés de la visite</b>	<b>21</b>
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	22
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	22
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	25
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	26
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	27
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	29
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	31
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	32
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	33
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	34
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	35
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	36
3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	38
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Populations de personnes âgées</i>	38
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Populations vivant avec une maladie chronique</i>	40
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	42
3.3.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	43
3.3.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées</i>	45
3.3.3 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	47
3.3.4 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	49
3.3.5 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux</i>	52
3.3.6 <i>Ensemble de normes : Services de médecine</i>	55
3.3.7 <i>Ensemble de normes : Services de réadaptation</i>	57

3.3.8 Ensemble de normes : Services de santé communautaire	60
3.3.9 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	63
3.3.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	66
3.3.11 Ensemble de normes : Services des urgences	69
3.3.12 Ensemble de normes : Services palliatifs et services de fin de vie	72
3.3.13 Ensemble de normes : Services transfusionnels	75
3.3.14 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	77
3.3.15 Ensemble de normes : Soins et services à domicile	80
3.3.16 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	82
<b>4.0 Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>84</b>
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	84
4.2 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	88
4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	90
4.4 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	91
4.5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)	93
<b>Annexe A Processus prioritaires</b>	<b>95</b>

## Section 1 Sommaire

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

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

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

### 1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog 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 : 1 au 6 juin 2014**

- **Emplacements**

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

- 1 Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
- 2 CLSC Mansonville
- 3 CLSC Stanstead

- **Normes**

Les ensembles de normes suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

***Normes relatives à l'ensemble de l'organisme***

- 1 Normes sur le leadership
- 2 Normes sur la gouvernance
- 3 Gestion des médicaments
- 4 Prévention des infections

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

- 5 Populations vivant avec une maladie chronique
- 6 Populations de personnes âgées

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

- 7 Normes relatives aux salles d'opération
- 8 Services de chirurgie
- 9 Services des urgences
- 10 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 11 Soins et services à domicile
- 12 Soins ambulatoires
- 13 Services de santé communautaire
- 14 Services d'imagerie diagnostique
- 15 Services palliatifs et services de fin de vie
- 16 Services de soins de longue durée
- 17 Services de médecine
- 18 Services de réadaptation

- 19 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 20 Services transfusionnels
- 21 Services de laboratoires biomédicaux
- 22 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables

- **Outils**









L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance
- 2 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
- 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.)	115	11	0	126
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	110	3	1	114
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	562	36	22	620
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	169	7	1	177
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	220	14	9	243
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	64	1	2	67
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	884	75	28	987
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	71	1	2	74
<b>Total</b>	<b>2195</b>	<b>148</b>	<b>65</b>	<b>2408</b>

## 1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur la gouvernance	41 (93,2%)	3 (6,8%)	0	33 (97,1%)	1 (2,9%)	0	74 (94,9%)	4 (5,1%)	0
Normes sur le leadership	44 (95,7%)	2 (4,3%)	0	81 (95,3%)	4 (4,7%)	0	125 (95,4%)	6 (4,6%)	0
Prévention des infections	49 (94,2%)	3 (5,8%)	1	41 (93,2%)	3 (6,8%)	0	90 (93,8%)	6 (6,3%)	1
Gestion des médicaments	71 (95,9%)	3 (4,1%)	4	56 (94,9%)	3 (5,1%)	5	127 (95,5%)	6 (4,5%)	9
Populations de personnes âgées	26 (100,0%)	0 (0,0%)	0	41 (97,6%)	1 (2,4%)	0	67 (98,5%)	1 (1,5%)	0
Populations vivant avec une maladie chronique	3 (100,0%)	0 (0,0%)	1	32 (91,4%)	3 (8,6%)	0	35 (92,1%)	3 (7,9%)	1
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	36 (97,3%)	1 (2,7%)	1	39 (84,8%)	7 (15,2%)	2	75 (90,4%)	8 (9,6%)	3
Normes relatives aux salles d'opération	65 (95,6%)	3 (4,4%)	1	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	95 (96,9%)	3 (3,1%)	1

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	38 (97,4%)	1 (2,6%)	1	57 (96,6%)	2 (3,4%)	0	95 (96,9%)	3 (3,1%)	1
Services d'imagerie diagnostique	49 (77,8%)	14 (22,2%)	4	48 (78,7%)	13 (21,3%)	0	97 (78,2%)	27 (21,8%)	4
Services de chirurgie	29 (100,0%)	0 (0,0%)	1	64 (100,0%)	0 (0,0%)	1	93 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Services de laboratoires biomédicaux	57 (85,1%)	10 (14,9%)	2	88 (89,8%)	10 (10,2%)	0	145 (87,9%)	20 (12,1%)	2
Services de médecine	26 (100,0%)	0 (0,0%)	1	65 (94,2%)	4 (5,8%)	0	91 (95,8%)	4 (4,2%)	1
Services de réadaptation	26 (100,0%)	0 (0,0%)	1	65 (97,0%)	2 (3,0%)	1	91 (97,8%)	2 (2,2%)	2
Services de santé communautaire	12 (100,0%)	0 (0,0%)	1	52 (94,5%)	3 (5,5%)	0	64 (95,5%)	3 (4,5%)	1
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	17 (100,0%)	0 (0,0%)	1	111 (99,1%)	1 (0,9%)	0	128 (99,2%)	1 (0,8%)	1
Services de soins de longue durée	24 (100,0%)	0 (0,0%)	0	66 (93,0%)	5 (7,0%)	1	90 (94,7%)	5 (5,3%)	1
Services des urgences	26 (86,7%)	4 (13,3%)	1	69 (85,2%)	12 (14,8%)	14	95 (85,6%)	16 (14,4%)	15
Services palliatifs et services de fin de vie	28 (100,0%)	0 (0,0%)	1	101 (97,1%)	3 (2,9%)	1	129 (97,7%)	3 (2,3%)	2
Services transfusionnels	66 (98,5%)	1 (1,5%)	9	51 (82,3%)	11 (17,7%)	4	117 (90,7%)	12 (9,3%)	13
Soins ambulatoires	34 (100,0%)	0 (0,0%)	4	75 (100,0%)	0 (0,0%)	0	109 (100,0%)	0 (0,0%)	4

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Soins et services à domicile	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	51 (98,1%)	1 (1,9%)	0	91 (98,9%)	1 (1,1%)	0
<b>Total</b>	<b>807 (94,7%)</b>	<b>45 (5,3%)</b>	<b>35</b>	<b>1316 (93,7%)</b>	<b>89 (6,3%)</b>	<b>29</b>	<b>2123 (94,1%)</b>	<b>134 (5,9%)</b>	<b>64</b>

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

## 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services des urgences)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services palliatifs et services de fin de vie)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0
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 (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de laboratoires biomédicaux)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services transfusionnels)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

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



Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information (Services des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services palliatifs et services de fin de vie)	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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Non Conforme	5 sur 5	2 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

## 1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog (CSSSM) est un organisme qui dessert une population de 49 180 résidents et qui couvre 17 municipalités sur un territoire de 1425 km carré. Il compte 951 employés, 121 médecins, une équipe de 40 gestionnaires, des installations mises aux normes et 66,1 M\$ de budget. Il est situé dans une zone importante de villégiature (20 000 personnes) et de tourisme (un million de visiteurs annuellement).

L'évolution des conditions sociodémographiques du territoire du CSSS est caractérisée notamment par l'arrivée de retraités provenant de l'extérieur, le vieillissement accéléré de la population, l'appauvrissement d'une partie de la population principalement due aux fermetures de différentes entreprises. Cette évolution engendre de nouveaux besoins auxquels le CSSSM se doit de répondre afin de continuer d'assurer pleinement sa mission. Elle implique l'adaptation de son offre de service, qui pour sa part est soumise à de multiples influences et contraintes, en l'occurrence :

- des effectifs médicaux insuffisants;
- la retraite prochaine d'une portion des effectifs médicaux actuels;
- la nécessité d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et de mieux intégrer les médecins aux réseaux locaux de service;
- les restrictions budgétaires;
- certains services à consolider, d'autres à développer.

Dans ce contexte, le CSSSM fait face au défi de bien évaluer et comprendre les besoins de services prioritaires de la population, actuels et futurs, afin d'ajuster en conséquence l'allocation et l'utilisation de ses ressources ainsi que la nature et l'intensité de ses partenariats avec d'autres établissements du réseau sociosanitaire et les acteurs socioéconomiques du territoire de la MRC de Memphrémagog.

L'organisme a fait de nombreux progrès depuis la visite d'agrément de 2011. Les visiteurs ont pu constater que les acteurs rencontrés sont tous centrés sur l'utilisateur et les besoins de la population à desservir.

Le conseil d'administration est dynamique, engagé et responsable. Un climat harmonieux et de confiance y règne. Les expertises des membres sont variées et complémentaires. Le conseil d'administration est centré sur la population du territoire à qui il est redevable d'offrir des soins et services de qualité. Il suit de façon rigoureuse l'évolution de la planification stratégique 2013-2015. Il participe aussi à la planification et au contrôle budgétaire à son niveau stratégique. Il entretient des partenariats solides tant à l'externe qu'à l'interne notamment avec la Fondation. Les partenaires interpellés expriment une grande satisfaction dans les relations qu'ils entretiennent avec le CSSSM. Il est un acteur principal dans un projet de rapprochement privilégié avec un autre organisme de la région, soit le CSSS de la MRC-de-Coaticook. Ce projet se fait dans le respect et les collaborations respectives et dans une optique de maintien et d'optimisation des soins et services sur les territoires. Une décision doit être prise quant à une possible orientation de rapprochement avec un partenaire. Le conseil d'administration est soucieux que les valeurs s'actualisent dans l'organisation par les comités de résidents et d'utilisateurs, son comité de vigilance et de qualité, son comité d'éthique et de gouvernance et également par son mode de fonctionnement lui-même. Outre le processus d'évaluation de la contribution de chacun des membres du conseil à actualiser et à pérenniser, le sondage d'évaluation du fonctionnement du conseil est presque optimal. L'information reçue est jugée pertinente, de qualité et en quantité suffisante. Ceci permet au conseil la prise de décision éclairée. Une formation récente sur la responsabilité populationnelle a permis au conseil de mieux approfondir son rôle notamment vers l'analyse et la compréhension des déterminants de la santé sur sa population.

L'équipe de la haute direction et les gestionnaires rencontrés sont dynamiques et orientés clientèle. Tel que précédemment mentionné, un projet de partenariat privilégié avec le CSSS de la MRC-de-Coaticook est en cours d'analyse conjointe. Il est souhaité par l'organisme qu'un positionnement des deux organisations soit finalisé au cours de l'année 2014. Ce projet a des impacts importants sur la situation actuelle de la gouvernance, de l'équipe de direction, car trois directeurs et la directrice générale sont intérimaires ainsi que plusieurs cadres intermédiaires. Bien qu'une planification stratégique 2013-2015 a été élaborée et est rigoureusement suivie par l'organisme, ce projet aura des impacts sur cette dernière. Les partenariats sont vivants par les tables de concertations et aussi avec le CHUS dans plusieurs secteurs (hémodialyse et santé mentale).

L'organisme a identifié notamment certains enjeux dont le développement d'une culture de performance, la gestion intégrée des risques, le développement d'une gestion de proximité, l'intégration des concepts de responsabilité populationnelle et du patient partenaire.

Le souci de répondre aux besoins de la clientèle d'expression anglaise est présent et des mesures ont été mises sur pied tout en respectant les cadres légaux à la suite d'une consultation des partenaires et des différentes instances. Par ailleurs, un des partenaires a fait un témoignage d'appréciation des efforts de l'organisation dans ce sens.

Plusieurs activités de reconnaissance sont organisées. Plusieurs projets touchant les ressources humaines sont en cours, notamment celui de la communication organisationnelle qui aura des impacts sur la mobilisation. Il est important de mentionner que cet organisme est en croissance et qu'il comptait environ 600 employés en 2006. Ceci implique une augmentation de 30 % du nombre d'employés depuis sept ans. Cette croissance implique également un changement graduel de culture et de préoccupation pour l'encadrement de nouveaux processus.

Des réalisations sont à souligner, entre autres, l'adaptation de la dotation et la création de nouveaux services tels le continuum des maladies chroniques, la consolidation de l'accueil, le rehaussement de la dotation en salle d'urgence. Depuis 2011, le taux de rétention du personnel a augmenté de 3 % après six mois (il se situe à 83,3 % en 2013) et il a aussi augmenté de 3 % après un an (il se situe à 75,15 % en 2013).

En regard des services directs à la population, depuis 2011, l'organisme a augmenté notamment de 59 à 299 les chirurgies de la cataracte, a augmenté le taux de desserte à domicile pour les personnes âgées, a ajouté une clinique ambulatoire de suivi en insuffisance cardiaque et réadaptation pulmonaire. Un projet d'agrandissement de trois étages a été réalisé. Un recrutement de quatre nouveaux omnipraticiens et médecins spécialistes (ORL psychiatre, ophtalmologiste) a été fait. Face aux services aux aînés, soulignons l'actualisation de 42 nouveaux lits d'hébergement, la consolidation d'une unité prothétique communautaire et l'actualisation de UTRF (unité transitoire de réadaptation fonctionnelle), l'augmentation du nombre de chambres individuelles en médecine, l'installation de postes d'hygiène des mains et de chambres à pression négative. L'organisme a implanté l'approche adaptée aux personnes âgées. Il a révisé et a donné de la formation sur les mesures d'urgence.

Le leadership de l'équipe de pharmacie, son souci de développement professionnel continu optimise le partage des nouvelles connaissances au sein de toute l'organisation.

L'organisme est bien au fait des « goulots d'étranglement » qui entravent le cheminement fluide des clients et recherche activement des solutions afin d'améliorer son efficience à ce niveau et ainsi offrir un meilleur accès aux soins à sa population.

Les programmes d'orientation mis sur pied par les différentes unités de soins (urgence, chirurgie, médecine) faciliteront grandement l'intégration des nouveaux arrivant à l'équipe, et ce, dans l'optique d'offrir des soins sécuritaires aux clients.

La vigilance de la surveillance des incidents reliés à la sécurité des patients sur les unités de soins permet d'identifier promptement des situations à risque donnant lieu à des plans d'action concrets afin d'offrir des soins plus sécuritaires et d'améliorer globalement les services.

Les membres des équipes communiquent efficacement entre eux. Cette collaboration permet d'offrir aux clients des soins personnalisés et de meilleure qualité possible et ainsi d'améliorer l'expérience de soins.

Le souci global de mettre en œuvre les meilleures pratiques basées sur les données probantes guide les changements de pratique, et ce, de manière multidisciplinaire (exemple de la prophylaxie antibiotique périopératoire). Le travail concerté entre le CHUS et le CSSSM pour la planification des congés en santé mentale mérite d'être souligné.

Tous les clients rencontrés lors de la visite ont exprimé une grande satisfaction à l'égard des soins et des services.

## Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 12.4</li> <li>Services de soins de longue durée 7.5</li> <li>Services palliatifs et services de fin de vie 7.9</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Prévention de la violence en milieu de travail</b> L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normes sur le leadership 2.10</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b> L'organisme met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de chirurgie 15.2</li> <li>Services de réadaptation 15.2</li> <li>Services palliatifs et services de fin de vie 16.2</li> <li>Soins ambulatoires 17.2</li> <li>Services de soins de longue durée 17.2</li> <li>Soins et services à domicile 8.8</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Prévention des plaies de pression</b> L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de soins de longue durée 8.4</li> <li>Services de réadaptation 9.4</li> </ul>



Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile</b> L'organisme effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour les clients qui reçoivent des services à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soins et services à domicile 8.1</li></ul>

### Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 3.1.1 Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur la gouvernance</b>	
7.4 Avec la participation du DG, le conseil d'administration définit ses objectifs de rendement et les revoit annuellement.	
7.9 Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion des talents de l'organisme.	!
11.3 Le conseil d'administration collabore avec le DG et les dirigeants de l'organisme pour élaborer un plan intégré d'amélioration de la qualité.	!
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.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Tous les visiteurs s'entendent pour dire que le conseil d'administration est engagé et centre les usagers au cœur de ses préoccupations.

La planification stratégique de l'organisme est au cœur des orientations du conseil d'administration. L'équipe de direction et le conseil travaillent en étroite collaboration et un fort lien de confiance est présent. Le conseil exprime avoir une bonne connaissance sociodémographique de la population du territoire et connaît les besoins de santé et de services. Il est sensible aux inégalités sociales sur le territoire ainsi qu'au phénomène d'adaptabilité face à l'intensité et les modalités de l'offre de service lié à ce site de villégiature (structure populationnelle fluctuante). Il utilise notamment des données populationnelles, des sondages, des tableaux de bord lors des prises de décisions.

Deux fois par année, l'évolution de la planification stratégique se fait par la présentation de tableaux de bord, mais les membres soulignent que plusieurs points d'information liés à la planification stratégique sont discutés avant les séances de chaque réunion de conseil.

Les expertises complémentaires et diversifiées de chacun des membres du conseil permettent d'enrichir les échanges et les prises de décision.

Le projet de rapprochement privilégié avec un autre organisme du territoire constitue un dossier prioritaire au moment de la visite. L'étude a été faite sur ce projet et une prise de décision de chacun des conseils est prévue en juin 2014. Outre le potentiel d'économie possible, ce projet mise sur une meilleure desserte, une optimisation des plateaux techniques et une complémentarité des services au bénéfice des populations des territoires. Le projet évolue d'une manière harmonieuse à ce jour et une satisfaction est exprimée par les membres face au déroulement de ce projet. Dépendant de la décision, le conseil est soucieux des modalités de l'actualisation du projet sur le plan des ressources humaines qui auront à vivre les changements.

Les relations avec les partenaires internes, dont la Fondation, et externes sont harmonieuses et régulières. Le conseil est encouragé à poursuivre de façon plus intensifiée le partenariat médical à l'interne particulièrement avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Le conseil exerce une certaine vigie sur l'application des valeurs dans l'organisation notamment par le comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'avec le suivi des plaintes, les comités de résidents et des usagers, la politique de civilité et de harcèlement, les différents sondages tels satisfaction des usagers et mobilisation du personnel.

Le conseil est impliqué à toutes les étapes du processus budgétaire et joue adéquatement son rôle.

Il a reçu dernièrement une formation sur la responsabilité populationnelle. Cela permet de mettre en relief l'influence et le rôle que ce dernier peut jouer sur les déterminants de la santé pour sa population. Plusieurs initiatives et projets sont nommés pour répondre à cet objectif, notamment la présence de l'organisme aux tables de concertation et la présence des membres qui sont impliqués dans différents comités dans la communauté.

Les membres expriment avoir accès à toute l'information pertinente, et ce, en temps opportun. Un projet de fonctionnement « sans papier » est en cours. Un climat agréable et de confiance est tangible et les membres expriment être à l'aise pour prendre la parole et soutenir des opinions dans le respect de tous. Une reconnaissance envers le travail de la directrice générale est exprimée. De son côté, la directrice générale témoigne du soutien du conseil d'administration à son égard.

Les membres expriment avoir reçu toute l'information nécessaire lors de leur nomination au conseil et sont très satisfaits de leur intégration et de leur accueil (visite organisée formation, information claire et complète, etc.).

Cependant, lors de l'arrivée d'un seul nouveau membre, il est exprimé qu'il faudra bonifier l'intégration étant donné que ce dernier n'a eu pas accès à une formation structurée. Il est mentionné que pour le dernier membre arrivé au conseil, la directrice générale a pris le temps de rencontrer ce dernier et de lui donner toute l'information disponible et pertinente.

Les résultats du questionnaire sur le fonctionnement de la gouvernance sont très satisfaisants. Cependant comme piste d'amélioration, il a été prévu qu'une évaluation individuelle de la contribution de chacun des membres sera actualisée.

La préoccupation qualité et sécurité est présente à chaque réunion du conseil d'administration. Les procès-verbaux en témoignent. De multiples exemples sont exprimés face à la vigie qu'exerce le conseil sur ces volets.

Plusieurs réalisations sont notées depuis les deux dernières années dont l'adoption de la politique sur le développement communautaire, les nouvelles infrastructures immobilières et le rehaussement des plateaux techniques, la politique révisée sur l'intimidation et la violence, la bonne santé financière, le recrutement de quatre nouveaux omnipraticiens et le l'évolution harmonieuse du projet de rapprochement avec un autre organisme.

Les défis ou enjeux soulevés concernent l'optimisation des ressources actuelles, les défis budgétaires nationaux, la préoccupation d'équilibrer les ressources et l'attention sur l'influence des déterminants de la santé, la responsabilité populationnelle notamment sur les trois missions de l'organisme. À cela s'ajoute sur le plan des ressources humaines, les risques de perte d'expertise, la préoccupation de transfert des connaissances et surtout la couverture médicale à organiser sur le territoire.

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

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

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

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

L'organisme a élaboré une planification stratégique 2013-2015 et en a fait un bilan en 2014. La planification stratégique a été faite avec les partenaires interne et externe. Des plans opérationnels se sont déclinés de cette planification stratégique. Le conseil d'administration est régulièrement informé et consulté de l'évolution de cette dernière. Un bilan est également fait à la rencontre annuelle où les partenaires et le public sont présents.

Les portraits de la population de l'organisme sont faits et présentés aux dirigeants. Cela permet de planifier les besoins en soins et services.

Les partenaires externes sont présents notamment dans le cadre des travaux du projet clinique sur les tables de concertations spécifiquement pour les volets Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), les déficiences (intellectuelle, physique), les troubles envahissants du développement et la santé mentale adulte.

Une cohérence dans les actions et projets toujours en lien avec la planification stratégique est notée de la part de l'équipe de la haute direction et du conseil d'administration.

L'organisme est encouragé à mettre davantage en relief un énoncé de vision dans sa planification stratégique.

### 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'organisme répond à tous les critères du processus prioritaire. L'équipe de la direction des ressources financières est dynamique et rigoureuse.

Le cycle de planification budgétaire est adéquat. Tous les partenaires internes y sont impliqués, tant les gestionnaires, le comité de direction, les comités de vérification et de gouvernance et d'éthique ainsi que le conseil d'administration. L'organisme effectue des contrôles réguliers à tous les paliers de l'organisation. Les choix budgétaires sont directement liés à la planification stratégique et, en 2014, le comité de direction s'est réuni une journée pour partager les enjeux, défis et recommander les choix budgétaires.

Une gestion décentralisée du budget est établie et des analyses budgétaires et du soutien aux gestionnaires sont fournis pour le développement de leurs habiletés face à la gestion de leur budget. Les politiques sont établies et font l'objet de révision. La Fondation est aussi un partenaire important pour soutenir l'organisme dans sa réponse aux besoins des clientèles.


Depuis la visite d'agrément précédente, des réalisations et des progrès méritent d'être soulignés. Citons notamment :

- le dossier sur l'évaluation des tâches à la direction des ressources financières ayant permis une optimisation et une polyvalence dans l'organisation du travail;
- le soutien au projet d'amélioration de la qualité à la liste de rappel;
- la production d'un tableau sur la productivité transmis aux gestionnaires aux deux périodes;
- les travaux visant le balisage auprès des établissements comparables et l'utilisation des données disponibles, dont le IStratège;
- la stabilisation des équipes notamment au génie biomédical
- le soutien au conseil d'administration par la production d'un tableau de bord.

L'organisme est encouragé à poursuivre les actions visant les rapprochements entre les directions cliniques et de la qualité et l'équipe de la direction des ressources financières permettant de mieux intégrer les risques cliniques et corporatifs permettant d'améliorer l'évaluation de façon proactive l'impact des décisions financières.

### 3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
<p>2.10 L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.</p> <p>2.10.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail, et il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence, et apporter des améliorations à la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail.</p>	 <b>SECONDAIRE</b>
<p>2.12 Le personnel d'encadrement de l'organisme cerne les indicateurs de processus et de résultats liés à la qualité de vie au travail et au milieu de travail et il en assure le suivi.</p>	
<p>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.</p>	
<p>10.12 Le personnel d'encadrement de l'organisme mène des entrevues de départ et utilise cette information pour améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.</p>	

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

L'organisme et la direction des ressources humaines font face à un phénomène de croissance. En effet, l'organisme totalisait autour de 600 employés en 2006 et ce nombre a augmenté à 951 employés en 2013. Ceci implique un changement de culture et de révision des processus de gestion. Depuis 2011, l'organisation a adapté la dotation et a créé de nouveaux services dont la consolidation de l'accueil, le continuum des maladies chroniques, le rehaussement de la dotation à la salle d'urgence et le développement de professionnels en GMF (groupe de médecins de famille). L'organisation est aussi consciente des impacts que le projet de rapprochement avec un autre organisme de la région pourra avoir sur l'organisation.

Plusieurs projets sont portés par la direction des ressources humaines dont la participation aux projets PRASE sur le regroupement régional des services de Paie-Rémunération-Avantage Sociaux-Estrie. Ce projet touche 13 centres dans la région de l'Estrie et touche 13 000 employés. La direction des ressources humaines travaille depuis deux ans à ce projet.

Le projet de l'optimisation de la gestion de la liste de rappel permettra de régler un très grand nombre d'irritants chez le personnel et aura des impacts, selon l'organisme, sur la mobilisation des employés et la crédibilité de l'administration face à ces derniers.



Plusieurs activités de reconnaissance sont organisées, dont la fête de Noël, des retraités, etc. La publication des noms des personnes retraitées est faite régulièrement. Des mesures permettant l'équilibre travail-famille sont actualisées, notamment la semaine de quatre jours. Plusieurs employés rencontrés souhaiteraient que des efforts soient faits en ce sens. Ils ne semblaient pas connaître les mesures actuelles.

Plusieurs politiques ont fait l'objet ou sont en cours de révision, dont celle portant sur un climat sain et l'appréciation du rendement. Face à cet élément, l'organisme exprime avoir atteint un taux de 45 % d'employés ayant été évalués. Cependant, il est à noter que l'on ne retrouve pas les évaluations au rendement dans les dossiers des employés ayant été consultés dans le cadre de la visite d'agrément (dossiers aux ressources humaines). L'organisme est encouragé fortement à mettre des mesures structurantes permettant d'augmenter ce pourcentage.

L'organisme a amélioré de façon graduelle son taux de rétention depuis trois ans. En 2013-2014, il était de 83 % à six mois, de 75 % à 12 mois et de 65 % à 24 mois.


La planification de la main-d'oeuvre se fait annuellement et, à ce jour, l'organisme exprime atteindre les cibles. Les activités de recrutement sont dynamiques et variées. Des difficultés récentes de recrutement touchent les titres d'emploi d'infirmières et d'infirmière clinicienne. Cependant, l'organisme ne s'estime pas en pénurie et il n'y a pas de poste vacant.

L'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts visant la réduction de l'assurance salaire qui a augmenté l'an passé et à systématiser les entrevues de départ.

Les négociations salariales dans le secteur public occuperont ce secteur pour la prochaine année.

### 3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
16.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un plan intégré d'amélioration de la qualité.	

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

La gestion de la qualité et la sécurité est bien implantée au CSSS Memphrémagog. La Direction de la qualité et des soins infirmiers (DQSI) peut compter sur une directrice et sur une équipe composée d'un personnel compétent et expérimenté. Même si le programme-cadre date de quelques années et mérite une actualisation, on peut affirmer que les politiques et les procédures sont à jour. Elles assurent ainsi un bon encadrement des activités en matière de gestion de la qualité et de la sécurité.

L'ensemble des composantes structurelles du programme d'amélioration continue de la qualité est bien implanté et pleinement fonctionnel, mentionnons notamment : le Comité de vigilance et de la qualité, le Comité de gestion des risques ainsi que les vingt et une équipes qualité. La DQSI a développé plusieurs outils efficaces pour colliger les informations ou pour faciliter le travail des différentes équipes qualité. Un programme novateur d'audits est en déploiement. Nous encourageons l'équipe à mieux camper « la culture de la mesure » par des indicateurs pertinents et des tableaux de bord visuels.

L'activité déployée à l'échelle de l'organisation visant à identifier au moins deux activités à risque élevé dans les différents services/unités et conduisant à la mise en oeuvre du « Plan sécurité du CSSS de Memphrémagog » est digne de mention.

Les activités en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité sont nombreuses, et ce, à tous les niveaux de l'organisation allant de la gouvernance jusqu'aux aires de soins et de services incluant également les services de soutien. Soulignons également que la DQSI a déployé un programme de reconnaissance des « ambassadeurs de bonnes pratiques ». Ce programme souligne leurs implications à l'amélioration de la sécurité. Ainsi, on retrouve des ambassadeurs notamment en lien avec le lavage des mains, la contention, les ridelles, les abréviations dangereuses.

Les membres du Comité des usagers et des résidents sont également des acteurs clés au sein du CSSS. Leur contribution à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité est significative. Leurs motivations à s'impliquer au sein de ce comité portent non seulement sur les besoins des résidents et des usagers, mais également sur la qualité de vie et la charge de travail des personnes leur offrant des soins et des services. Nous tenons à souligner leur engagement envers le CSSS et leur participation active à divers comités. Nous félicitons également le comité pour son implication à la création du DVD intitulé « Quand l'amour ne suffit plus ». Une vidéo qui démystifie la vie en centre d'hébergement, une vidéo qui fut primée par le Regroupement provincial des comités d'usagers (RPCU)

À la suite d'une rencontre regroupant quatre représentants des différents conseils professionnels (CII/CIIA, CM et CPPSA), il est constaté que ces conseils sont fonctionnels et actifs. Ils s'acquittent adéquatement des rôles et responsabilités que leur confère la loi (LSSSS) et ils reçoivent le soutien organisationnel nécessaire à cette fin. Les représentants de ces conseils nous ont fait la démonstration de leur implication en matière d'amélioration continue des soins et des services offerts au CSSS de Memphrémagog. Soulignons l'implication du Comité para professionnel en soins d'assistance dans le projet d'orientation des nouveaux employés; les séances de formation « midis-cliniques » organisées par l'équipe du Conseil multidisciplinaire; les recommandations faites par le Conseil des infirmières et infirmiers en lien avec l'intégration à l'urgence des candidates à la profession. Ils nous ont partagé également leur offre de collaboration dans le cadre de l'éventuel rapprochement privilégié avec leur voisin, le CSSS de la MRC-de-Coaticook. Nous sommes assurés que leur contribution sera à valeur ajoutée à l'ensemble de l'organisation.

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

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

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

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

Depuis la visite d'agrément précédente, le CSSSM s'est doté d'un cadre conceptuel en éthique. Le comité d'éthique clinique est actif et dynamique. Il a soutenu le processus de révision du code d'éthique de l'organisation. Les personnes rencontrées qui composent le comité sont engagées et intéressées à promouvoir l'éthique vers l'amélioration continue dans la qualité des soins et des services. Des analyses de cas éthique sont notamment effectuées au sein du comité.

L'organisme est encouragé à tirer des enseignements des expériences et des situations présentées au comité pour un éventuel partage et transfert de connaissances. Il doit également poursuivre ses efforts de promotion du dialogue sur le plan éthique auprès des équipes terrain.

Bien que les projets de recherche soient consignés dans un registre et soient adoptés par un comité d'éthique reconnu, l'organisme est encouragé à se doter d'une politique interne afin d'encadrer les projets de recherche qui s'y déroulent.

### 3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

De nombreux outils de communication sont disponibles dans l'organisme : affiches, DVD, émissions de télévision pour le bénéfice de la population et des partenaires permettant une valorisation des ressources de l'établissement. Des plans de communications interne et externe sont élaborés, mis à jour et présentés au conseil d'administration. Le service des communications vise constamment à s'améliorer sur le plan de l'organisation d'événements afin d'augmenter la participation de la population (par exemple : l'assemblée publique annuelle/Rendez-vous annuel de la population et des partenaires du CSSSM) et manifeste une réelle approche clientèle. Toutes les occasions sont captées pour connaître l'opinion des usagers et de la population notamment par la voie de réseaux sociaux tels Facebook.

Selon les discussions tenues, il semble avoir un très bon lien de collaboration avec les médias locaux et avec les partenaires.

On note une amélioration depuis la visite d'agrément de 2011 face à l'indicateur « communication » du sondage sur la mobilisation qui était en alerte « rouge » en 2011 et s'est converti « jaune » en 2013.

L'organisme est encouragé à poursuivre le projet sur la communication organisationnelle en gestion, initiative qui aura notamment des répercussions positives sur le plan de la mobilisation.

Des efforts sont réalisés pour actualiser le plan de sécurité des actifs informationnels. Des analyses de risques sont faites afin de mieux identifier les priorités sur lesquelles se centrer. Malgré la volonté de développer ou consolider de nouveaux outils informationnels, il reste que certaines contraintes régionales ou nationales ne permettent pas les développements.

Un des risques prioritaires identifiés par les membres du comité interdiction le 22 mai 2013 dans l'analyse de risque faite par le gestionnaire se situe au niveau des indiscrétions. À ce titre, malgré des activités de sensibilisation faite aux deux ans soutenue par le service des archives, l'organisme est encouragé tout comme la visite précédente, à suivre ce volet et à se doter d'indicateurs pour mesurer les résultats.

### 3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Le CSSS de Memphrémagog a investi au cours des dernières années des ressources importantes à la rénovation et à l'aménagement de nouveaux espaces notamment au niveau de l'hébergement. De plus, l'augmentation du nombre de chambres individuelles en médecine, leurs mises aux normes et l'aménagement de chambres à pression négative sont des atouts significatifs à l'amélioration de la sécurité de l'environnement physique et par conséquent des usagers qui y reçoivent des soins et des services.

De façon générale, les divers environnements visités sont bien entretenus, propres et non encombrés. La qualité de l'eau et de l'air répond aux standards actuellement reconnus et une génératrice permet de fournir l'électricité nécessaire en cas de panne électrique.

Le service d'hygiène et de salubrité peut compter sur un personnel qualifié et bien formé aux tâches qui leur sont assignées. Nous encourageons toutefois l'équipe à mettre en place un programme formel de contrôle de la qualité de l'environnement physique et à inclure dans leur programme de contrôle de la qualité de la stérilisation des déchets, des contrôles biologiques.

Les processus alimentaires sont également bien maîtrisés. Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, nous encourageons l'équipe des services alimentaires à entreprendre une évaluation prospective des risques notamment au niveau des trajectoires empruntées par les chariots de nourriture.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
14.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore, met en oeuvre et évalue un plan d'intervention relatif à tous les dangers afin de faire face aux risques de sinistres et d'urgences.	!
<b>Ensemble de normes : Services des urgences</b>	
2.5 L'équipe a élaboré un plan de préparation aux situations d'urgence et ses membres sont formés et équipés pour gérer les sinistres et les urgences.	!
2.6 L'équipe participe à des exercices pratiques réguliers du plan de préparation aux situations d'urgence.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le CSSS de Memphrémagog possède un plan des mesures d'urgence qui couvre bien l'ensemble du CSSS. Un logigramme définit clairement la chaîne d'appels téléphoniques. Les rôles et responsabilités des acteurs clés sont bien définis. Depuis l'hiver 2014, la Direction des services techniques et du développement immobilier travaille en collaboration avec les responsables de la sécurité civile et des mesures d'urgence du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) afin rehausser le plan local de l'organisation en matière de sécurité civile et mesures d'urgence. Un plan annuel 2014-2015 bien structuré prévoit l'échéancier des actions à réaliser dans le cadre de ce rehaussement.

Tant le personnel nouvellement embauché que le personnel déjà en place reçoivent de la formation sur les mesures d'urgence. Récemment, une simulation portant sur le code rouge a été réalisée avec succès. De plus, l'analyse de cette simulation effectuée a posteriori a permis de révéler quelques éléments d'améliorations au guide d'intervention en lien avec le code rouge. Les mesures en lien avec les codes bleu et blanc ont également été actualisées. Nous encourageons l'équipe à actualiser les mesures en lien avec le code orange.

L'équipe n'a pas encore procédé à l'inventaire des risques découlant de sinistres environnementaux. Nous encourageons l'équipe à entreprendre une telle démarche de gestion des risques en partenariat avec les autorités compétentes de la communauté.

Même si nous avons pu avoir accès au registre des différents événements en lien avec les différents codes de couleur et les codes d'interventions spécifiques, l'équipe ne collige pas les informations de manière à produire un rapport trimestriel. Nous encourageons l'équipe à définir certains indicateurs de mesure; à les intégrer dans un rapport organisationnel de gestion des risques et à le présenter aux différents acteurs de l'organisation.

### 3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients


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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
13.5 L'organisme évalue l'efficacité et l'incidence de la stratégie relative au cheminement des usagers.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<p>L'organisme semble bien au fait des « goulots d'étranglement » en ce qui a trait au cheminement des patients : priorités de triage 4 et 5 à l'urgence, délais de consultation en spécialité à l'urgence pour les patients non admis, problèmes de disponibilité des lits à l'étage pour les patients admis de l'urgence, délais de transferts en hébergement, temps d'attente en consultation externe spécialisée.</p> <p>L'organisme est encouragé à réviser son plan de désengorgement en prévision des prochaines saisons hivernales et à instaurer une surveillance en continu des paramètres de durée de séjour à l'urgence et à l'étage afin de mesurer les impacts des plans d'action en lien avec le cheminement optimal des clients.</p> <p>On encourage également l'organisme à analyser et surveiller les temps d'attente en clinique externe spécialisée et à identifier des solutions avec l'agence et les partenaires du CHUS afin de maximiser l'utilisation de leur plateau technique chirurgical.</p>	



### 3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables</b>	
12.2 Dans le cadre du système de la gestion de la qualité, l'équipe effectue une vérification annuelle des activités de retraitement et de stérilisation et elle produit des rapports officiels à la haute direction de l'organisme.	
12.4 Dans le cadre du système de la gestion de la qualité, l'équipe forme le personnel pour déceler et évaluer les risques, les classer par ordre de priorité, les réduire et les faire connaître dans l'aire de retraitement.	
12.9 L'équipe participe à des vérifications périodiques.	
<b>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</b>	
8.10 L'équipe range l'équipement et les appareils diagnostiques conformément aux instructions du fabricant et les sépare de l'équipement souillé et des déchets.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Au CSSS de Memphrémagog, les processus visant l'acquisition et le remplacement des divers équipements médicaux sont bien maîtrisés et dignes de mention. Une très petite équipe œuvrant au service de génie biomédical (GBM) gère un inventaire de plus de 1 600 équipements. Grâce à l'habile utilisation d'une application logicielle, l'équipe s'acquitte avec rigueur et efficacité de l'ensemble des étapes du processus d'acquisition et de remplacement de certains appareils médicaux.

L'inventaire des équipements et les informations colligées pour chaque équipement facilitent la planification du remplacement des équipements médicaux notamment lors de l'approche de la période de fin de vie active de ceux-ci.

Le programme d'entretien préventif est déployé et rigoureusement géré par l'équipe de GBM grâce à une autre application logicielle (SamFM) qui permet de tenir à jour les différentes interventions qu'elles soient de nature préventive ou corrective. Nous tenons à souligner la qualité des services offerts par cette équipe. Mentionnons toutefois que la petitesse de l'équipe et la difficulté à trouver une main-d'œuvre de remplacement qualifiée pourraient représenter un facteur de vulnérabilité pour l'organisation.

En ce qui concerne le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables, les visiteurs ont été en mesure de constater des améliorations considérables par rapport à la visite d'agrément antérieure. Tout le processus de retraitement allant de la décontamination, au nettoyage, à la stérilisation, à l'emballage et à la distribution a été revu et sécurisé. Un bon système a été mis en place afin de documenter la traçabilité des divers appareils médicaux.

L'efficacité du retraitement est vérifiée à l'aide d'indicateurs chimiques et biologiques.

Le personnel est qualifié et bien formé à accomplir les tâches de retraitement.

Il serait intéressant que l'équipe œuvrant au service de stérilisation et retraitement d'appareils médicaux amorce une nouvelle étape en matière d'amélioration continue de la qualité visant à doter le service d'un programme d'assurance qualité, programme qui permettrait d'identifier certains indicateurs qualité; de faire des audits qualité ainsi que certaines analyses prospectives en matière de gestion des risques.

L'analyse de ces informations colligées permettrait de générer certains rapports qualité pouvant être partagés avec les différents services utilisateurs et partenaires dans une perspective où l'amélioration continue de la qualité des services offerts aux usagers est constamment au cœur des préoccupations.

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

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

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

#### Gestion des maladies chroniques

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

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

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

#### 3.2.1 Ensemble de normes : Populations de personnes âgées

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population</b>	
12.2 L'organisme obtient des commentaires des personnes âgées, de leurs familles et des soignants sur la qualité de ses services.	

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

### Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population

L'organisme collabore depuis plusieurs années avec les groupes de sa communauté. La concertation, le partenariat, la collaboration et la complémentarité sont ancrés dans la culture des interventions des professionnels du soutien à domicile.

La table de concertation aux aînées de la MRC de Memphémagog existe depuis 1991. Elle regroupe 50 organismes dont l'association des aînées, les coopératives action bénévoles et d'entreprise d'économie sociale en aide domestique. Elle fait notamment la promotion du vieillissement en santé, la promotion d'activité de promotion et de prévention telle que la maltraitance, la lutte contre l'âgisme, le soutien aux proches aidants et des activités de mise en forme et de loisirs. Même si cette table existe depuis environ 23 ans, les membres du conseil d'administration de la table de concertation sont toujours aussi dynamiques.

La table du réseau intégré de services aux personnes âgées (RISPA), sous la responsabilité du CSSSM, s'assure de l'atteinte des objectifs stratégiques du projet clinique SAPA. L'adhésion au projet clinique est remarquable.

Pour toute demande, il y a qu'une seule porte d'entrée, soit le guichet unique. Un coordonnateur clinique est responsable d'animer les plans de services individualisés afin de permettre de coordonner l'ensemble des services publics, privés et communautaires. Les partenaires ont exprimé leur grande satisfaction face à cette manière de coordonner les soins et services à domicile. Le soutien d'une infirmière en lien avec la certification ainsi que la communication verbale et écrite des besoins du résident aux préposées est de grande qualité et apprécié des propriétaires des résidences privées.

3.2.2 Ensemble de normes : Populations vivant avec une maladie chronique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques</b>	
1.3 L'organisme consulte les populations qu'il dessert afin de déterminer leurs besoins en matière de services.	
7.4 L'organisme compare ses résultats à ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
7.6 L'organisme communique l'information relative à ses réussites et à ses points à améliorer, aux améliorations faites, et à ce qu'il prévoit pour l'avenir à son personnel, aux prestataires de services, aux clients et aux familles.	

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

**Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques**

Le programme de maladies chroniques comprend les services de réadaptation cardiaque, d'insuffisance cardiaque, de prévention et de diabète. Les suivis de la clientèle sont organisés de façon individuelle ou de groupe. L'équipe de gestion du programme est récemment arrivée en poste et vient de changer de direction relevant maintenant de la Direction des services à la communauté et des services multidisciplinaires. Ce changement a permis de développer une ouverture sur les services dans la communauté et de développer des partenariats avec des organismes communautaires.

Le programme s'apprête à implanter un cadre de service à la clientèle aux prises avec des maladies chroniques qui a été développé par l'Agence. Ce cadre permettra de dispenser des services à l'ensemble de cette clientèle en organisant les services en un tronc commun, ce qui augmentera la capacité du programme à répondre à la demande de la clientèle. Ce cadre permettra également de clarifier les rôles entre le CHU, le CSSS et les GMF et uniformisera la trajectoire de cette clientèle.

Les particularités démographiques du territoire avec une forte proportion de clientèle de villégiature font en sorte que le programme fait face à une forte demande lors des mois d'été, ce qui peut poser des défis en ce qui a trait à la disponibilité des ressources. Avec le vieillissement de la population, ce programme anticipe une augmentation de la clientèle dans le futur. Avec une augmentation de la clientèle, plusieurs personnes nous ont mentionné la nécessité pour le programme d'avoir un secrétariat pour s'occuper de la prise de rendez-vous, ce qui libérerait les infirmières pour effectuer des tâches cliniques.

Les professionnels de ce programme sont engagés et sont conscients des enjeux de coordination de services pour la clientèle desservie. Ils apprécient les relations avec les partenaires qui sont très bonnes. Les professionnels de ce programme souhaiteraient participer davantage à des conférences internes ciblées qui sont organisées par les médecins, mais dont ils ont connaissance qu'après le fait.

Le programme a identifié la nécessité de développer l'approche patient-partenaire pour le développement de ses services et nous les encourageons à poursuivre dans ce sens.

Le programme utilise des indicateurs axés sur les volumes d'activités. Afin de mieux cerner la performance de ses processus et des résultats des soins et services offerts, nous invitons l'organisme à se développer des indicateurs permettant de les mesurer.

Enfin, nous invitons l'organisme à poursuivre son objectif de mieux desservir la clientèle orpheline (sans médecin de famille) en assurant une prise en charge médicale de cette clientèle.

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

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

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

### Analyses de biologie délocalisées

- Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.

### Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### Compétences

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

### Épisode de soins

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

### Aide à la décision

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

### Impact sur les résultats

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

### Dons d'organes et de tissus

- Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.

### Gestion des médicaments

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

### Prévention des infections

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

### Interventions chirurgicales

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

### Services de diagnostic - Imagerie

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


## Services de diagnostic - Laboratoire

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

## Services transfusionnels

- Services transfusionnels

### 3.3.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
1.2 Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de diverses équipes qui participent à la gestion des médicaments.	!
2.5 L'organisme met en oeuvre une stratégie complète de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé. 2.5.6 L'organisme vérifie régulièrement les médicaments de niveau d'alerte élevé dans les unités de soins.	 <b>SECONDAIRE</b>
10.2 L'organisme utilise une variété limitée de pompes à perfusion d'utilisation générale, de pompes à seringue et de pompes d'analgésie contrôlées par l'usager.	!
12.2 L'organisme nettoie régulièrement les aires d'entreposage des médicaments et s'assure qu'elles sont bien organisées.	
12.10 L'organisme inspecte régulièrement les aires d'entreposage des médicaments et apporte les améliorations qui s'imposent.	
13.4 L'organisme range les gaz anesthésiques et les agents anesthésiques volatils à l'état liquide dans des aires dotées d'une ventilation adéquate, conformément aux directives du fabricant.	!
27.5 Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs de processus et de résultats pour la gestion des médicaments.	



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

### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Le leadership clinique de l'équipe de pharmacie permet un encadrement strict et efficace de la gestion des médicaments au sein de l'organisation.

L'équipe démontre un souci de développement professionnel continu de son personnel en maximisant le partage des nouvelles connaissances au sein de toute l'équipe de pharmacie et même à l'extérieur de celle-ci.

Plusieurs politiques nouvellement publiées devront faire l'objet d'une surveillance continue dans leur application. L'organisme est encouragé à poursuivre et développer son système d'audit périodique afin de confirmer l'adhésion aux différentes pratiques organisationnelles requises et assurer que des démarches soient prises advenant que certaines déficiences soient notées. Le développement d'un tableau de bord d'indicateurs permettrait par ailleurs une identification précoce et proactive de pistes d'amélioration.

L'entreposage dans les locaux de la pharmacie est sous-optimal et nécessite la recherche de solutions de rangement ou des modifications infrastructurelles afin d'éviter l'encombrement et les risques y étant associés.

En prévision du début prochain de l'utilisation des distributeurs automatiques sur les unités de soins, on encourage l'organisme à s'assurer que des processus portant sur l'accès, l'emplacement, le type d'information disponible sur les médicaments, la vérification et le renouvellement des médicaments sont en place. Une analyse prospective des risques pourrait être appropriée dans ce contexte.

La façon dont les lacunes liées à la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse ont été identifiées, le plan d'action pour y remédier et les résultats obtenus sont un bel exemple de pratique exemplaire concernant la gestion efficace des médicaments dans un objectif d'amélioration continue de la sécurité des soins.

L'organisme aurait avantage à développer un système d'inventaire avec une technologie de code à barres afin de maintenir le suivi des inventaires et faciliter les commandes pharmaceutiques.

Il y aurait lieu de s'assurer que les statistiques concernant le bilan comparatif des médicaments soient validées afin de s'assurer qu'elles représentent la réalité. Selon les données du système de gestion informatique de la pharmacie, les bilans comparatifs des médicaments seraient complétés à 75 % alors que de l'opinion de l'équipe de pharmacie, les résultats seraient plus près de 100 %.

On encourage l'organisme à poursuivre son projet de numérisation des prescriptions papier afin de diminuer les intermédiaires et le risque d'erreur.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>	
2.2 Celui qui effectue une ADBD a accès à une personne-ressource désignée. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement de celui qui effectue une ADBD.	
7.6 Avant d'effectuer une ADBD, celui qui effectue une ADBD fournit au client l'information complète et précise au sujet de l'analyse.	
8.12 Advenant que les échantillons soient perdus ou endommagés, l'organisme signale l'incident à la personne ou aux personnes appropriées, tel que précisé dans la PON.	!
9.3 Celui qui effectue une ADBD explique clairement le résultat de l'ADBD au client et lui remet un rapport écrit.	
10.4 L'organisme assure régulièrement le suivi d'un ensemble d'indicateurs de qualité.	
10.5 Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD utilise l'information découlant des indicateurs pour orienter la prise de décisions et apporter des améliorations aux ADBD, et ce, en temps opportun.	
10.11 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD cerne les sources potentielles de non-conformité ainsi que la source du problème, met en oeuvre et surveille les plans d'action pour empêcher, en temps opportun, qu'il y ait d'autres manques de conformité vis-à-vis des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.9.2, 4.10.3, 4.11.2, 4.11.3.	

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

### Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

Le CSSS a mis en place, depuis la dernière visite d'agrément, un comité interdisciplinaire pour encadrer et soutenir le déploiement des analyses délocalisées (ADBBD). Malgré le roulement des personnes qui composent ce comité depuis la dernière année, la surveillance des activités a été structurée efficacement. Le personnel appelé à effectuer des glycémies capillaires ou des tests de grossesse a pu bénéficier de formations adéquates lors du déploiement du programme ou à l'occasion de journées d'orientation dûment répertoriées. Un processus de certification assure l'évaluation et le maintien des compétences relatives aux ADBBD.

Le déploiement d'un système de surveillance de la glycémie offre de meilleures garanties de la qualité des résultats de glycémie capillaire, grâce à des contrôles qualité électroniques documentés par le système et surveillés par le biochimiste responsable des ADBBD régulièrement. Le cadre rigoureux défini par des politiques et des procédures normalisées encadre la sécurité et l'efficacité des résultats obtenus par les ADBBD.

Par contre, la communication avec l'utilisateur demeure au centre de la qualité du service à rendre. Bien que le personnel qui effectue une ADBBD explique au client la procédure du glucomètre et lui résume le résultat obtenu, il a été impossible de constater qu'un rapport écrit était remis à l'utilisateur, tel que requis par la norme. Dans bien des cas, un test de glucomètre ou de grossesse peut sembler banal ou routinier, mais une communication claire et complète des informations démontre le respect qu'on accorde au client en toute circonstance et contribue à le responsabiliser dans la prise en charge de son état de santé.

Nous encourageons l'organisme à développer, à implanter et à faire le suivi d'un ensemble d'indicateurs de qualité dont les résultats permettront au comité interdisciplinaire de bien évaluer la qualité et les tendances de toutes les analyses délocalisées autorisées au CSSS.

3.3.3 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
4.7 L'organisme revoit et met à jour ses politiques et procédures au moins tous les trois ans et à mesure que de nouveaux renseignements lui sont acheminés.	
8.2 L'organisme entrepose et manipule le linge, les fournitures, les appareils et l'équipement de manière à les protéger de la contamination.	!
10.6 L'organisme évalue régulièrement la qualité du nettoyage et de la désinfection de l'environnement physique, et il utilise cette information pour apporter des changements aux politiques et procédures.	
11.1 L'organisme se conforme à ses politiques et procédures, ainsi qu'aux lois, lorsqu'il manipule le linge souillé, les matières infectieuses et les déchets dangereux.	!
11.2 L'organisme considère l'équipement et les appareils utilisés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et il les transporte de façon appropriée dans une zone de décontamination ou d'élimination désignée.	!
12.4 Le membre du personnel fait tremper, purge et nettoie chaque appareil ou instrument au bon moment afin d'enlever les matières inorganiques et organiques.	

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

### Processus prioritaire : Prévention des infections

Le ratio des ressources en prévention et contrôle des infections (PCI) est respecté. La conseillère fait partie des tables de concertation clinique régionales et travaille en étroite collaboration avec la direction régionale de santé publique et le microbiologiste du CHU. La conseillère est présente sur les unités de soins et réussit à mobiliser le personnel à la prévention. Elle pourrait aussi intégrer de façon systématique dans sa tournée les secteurs de chirurgie et de stérilisation. L'intégration de la conseillère en PCI lors de travaux de construction demeure un défi.

Un aide mémoire sur les techniques de nettoyage est situé sur les chariots du personnel en hygiène et salubrité et il est apprécié du personnel.

Lors d'éclotions, on adapte les ressources affectées à ce secteur.

Les politiques et les procédures sont maintenant accessibles sur l'intranet. Il est conseillé à infirmière de s'assurer que le personnel connaisse la méthode d'utilisation du cahier des politiques et procédures électronique ainsi que de s'assurer de maintenir à jour un cahier papier en cas de panne. Un calendrier de révision des politiques et des procédures a été établi afin qu'elles soient toutes révisées au trois ans. La participation des professionnels et du personnel lors de l'élaboration de procédures est appréciée et en facilite la mise en application et l'intégration à la pratique.

Nous encourageons l'organisme à poursuivre la révision de l'utilisation des utilités propre et souillée se situant dans les trois installations.

Il est prévu de faire de plus en plus de formation sous forme de @Learning en utilisant des formations faites au nouveau régional.

Le CSSS de Memphrémagog a aussi un projet de plan de communication sur les éclotions d'influenza ou de gastro-entérite pour informer la population sur les bonnes pratiques lors d'éclotion. Plusieurs moyens de communication sont utilisés selon le public cible tels les affiches, la télévision communautaire ainsi que le site web de l'établissement et Facebook.

3.3.4 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie</b>	
1.2 Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des clients au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
1.3 Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des clients et des professionnels de la santé qui acheminent des clients pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
2.3 L'équipe sollicite régulièrement la rétroaction des professionnels de la santé qui acheminent des clients sur la façon d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de régler les délais dans la transmission des résultats de l'imagerie diagnostique.	
3.10 L'équipe évalue et documente le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
4.6 La zone réservée aux services aux clients comprend des toilettes pour ceux-ci.	
5.1 L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	!
5.2 L'équipe étiquette et conserve tous les produits chimiques et toutes les solutions conformément aux règlements du SIMDUT.	!
6.3 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique disposent d'un manuel à jour sur le fonctionnement de l'équipement d'imagerie diagnostique qui comprend les instructions du fabricant et les lois pertinentes en matière de sécurité.	
6.9 L'équipe conserve les versions précédentes du manuel de politiques et de procédures conformément à la politique de l'organisme sur la conservation des dossiers.	
11.16 L'équipe suit les politiques et les procédures pour déterminer si un client peut quitter.	
12.3 L'équipe communique avec les professionnels de la santé qui acheminent des clients immédiatement après l'obtention de résultats anormaux, imprévus ou dont le signalement est urgent.	!
12.4 L'équipe note toutes les communications de résultats aux professionnels de la santé qui acheminent des clients.	

15.1	L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.	!
15.2	L'équipe dispose d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique.	!
15.3	L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.	!
16.1	L'équipe tient un horaire des interventions de contrôle de la qualité.	
16.3	Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	!
16.4	L'équipe documente toutes les analyses de cas de rejet ou de répétition ainsi que les mesures correctives prises.	!
16.5	L'équipe conserve les dossiers sur les cas de rejet ou de répétition pendant la période établie dans la politique de l'organisme.	!
18.1	L'équipe évalue chaque année la qualité de ses services d'imagerie diagnostique.	!
18.2	L'équipe inclut les clients, les familles et d'autres organismes dans l'évaluation de la qualité de ses services d'imagerie diagnostique.	!
18.3	L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des événements indésirables.	!
18.5	L'équipe évalue les résultats des services d'imagerie diagnostique.	!
18.6	L'équipe évalue l'utilisation des services d'imagerie diagnostique au moyen d'un processus de gestion ou d'examen.	
18.7	L'équipe utilise les résultats du processus d'examen de l'utilisation des services pour renseigner les professionnels de la santé qui acheminent des clients et les prestataires de services d'imagerie diagnostique sur l'utilisation appropriée des services d'imagerie diagnostique.	
18.8	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et elle apporte des améliorations en temps opportun.	!

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

### Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Les services d'imagerie diagnostique sont bien structurés. Le personnel est compétent et bien formé aux tâches assignées. Au cours des deux dernières années, le CSSS a acquis un équipement leur permettant d'offrir des services de tomodensitométrie. Compte tenu de la récente implantation de cette nouvelle technologie, il serait opportun que le département sollicite les utilisateurs prescripteurs afin de s'assurer que le service réponde adéquatement aux attentes, notamment en matière d'accessibilité.

Le partenariat avec le CHU de Sherbrooke permet également d'offrir des services d'imagerie médicale 7/24. De plus, une couverture médicale adéquate est assurée grâce à la disponibilité de quatre radiologistes faisant partie de l'équipe du CHU de Sherbrooke. Les services sont facilement accessibles. Malgré une légère augmentation des délais d'attente pour avoir accès à une échographie cardiaque, les délais pour avoir accès à un examen sont, de façon générale, sous contrôle. Quant à la transcription des rapports, il n'y avait aucun délai au moment de notre visite.

Le département d'imagerie diagnostique a vu au cours des dernières années, une augmentation significative de ses volumes d'échographies. Ces volumes proviennent principalement du CHU de Sherbrooke ainsi que du CSSS de Coaticook. Ces augmentations créent une charge de travail significative et préoccupent le personnel ainsi que les gestionnaires en place. Lors de notre visite, il a été question d'un éventuel rapprochement privilégié avec le CSSS de la MRC-de-Coaticook. Cette éventualité amènera le département d'imagerie diagnostique à revoir son offre de service.

Nous encourageons l'équipe à poursuivre le « virage qualité et sécurité » et à initier la mise en oeuvre de plans d'action visant à doter le département d'imagerie diagnostique : d'un programme de contrôle et d'assurance de la qualité, de politiques et procédures spécifiques au département ainsi que d'un système de gestion documentaire efficace. Nous encourageons également l'équipe à identifier les activités à risques et à mettre en oeuvre un programme visant la sécurité au travail.



3.3.5 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire</b>	
1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille des données sur les niveaux d'utilisation des services de laboratoire et les temps d'attente pour accéder à ceux-ci.	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services de laboratoire.	
1.3 L'équipe se réunit au moins tous les deux ans pour passer en revue l'information recueillie auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
2.1 L'équipe établit une entente avec chaque utilisateur de laboratoire (organismes), laquelle précise les exigences et les responsabilités respectives.	
2.3 L'équipe revoit au moins tous les deux ans ses ententes avec les utilisateurs de laboratoire pour confirmer qu'ils continuent de répondre aux exigences, et elle consigne l'information qui découle de ces revues.	!
2.4 L'équipe tient des dossiers à jour pour toutes les ententes, ce qui inclut tout changement pertinent effectué pour se conformer aux règlements applicables.	
2.5 L'équipe informe les utilisateurs de laboratoire (organismes) de tout changement apporté à l'entente ou de tout écart important par rapport à celle-ci qui pourrait avoir une incidence sur les résultats d'analyse, et ce, en temps opportun.	!
3.2 L'équipe évalue régulièrement ses ententes avec les laboratoires sous-traitants et les consultants de l'externe pour s'assurer qu'ils répondent aux exigences et elle consigne les résultats.	
5.4 On compte un nombre suffisant de membres qualifiés au sein de l'équipe qui peuvent offrir le niveau de services de laboratoire requis, mener à bien les activités quotidiennes et voir à toutes autres responsabilités.	
6.5 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué de façon objective, interactive et constructive.	
7.5 Les aires du laboratoire réservées au prélèvement sont séparées de la réception et des salles d'attente.	!

10.3	L'équipe dispose de directives pour la mise en oeuvre des lois, de règlements et de normes de pratique applicables, et elle explique où aller pour obtenir des renseignements supplémentaires ou de la formation à ce sujet.	!
10.4	L'équipe dispose d'un processus pour faire le suivi de la mise à jour des lois, des règlements et des normes de pratique applicables.	
24.1	L'équipe dispose d'un manuel de politiques et de procédures portant sur l'utilisation du SIL et de ses applications, lequel est mis en tout temps à la disposition de tous les membres de l'équipe. Le manuel est mis à jour régulièrement pour s'assurer qu'il est complet et qu'il contient des données exactes.	
24.6	L'équipe élabore des mesures de contrôle afin de protéger le SIL contre toute perte, destruction ou altération de l'information et contre tout accès au système par des personnes non autorisées.	!
27.3	L'équipe porte des vêtements et de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), conformément à la politique de l'organisme et aux lois en vigueur.	!
27.4	L'équipe se conforme à des pratiques de sécurité lorsqu'elle manipule, examine ou détruit des produits biologiques et chimiques.	!
30.8	L'équipe établit des indicateurs de qualité et en fait le suivi pour évaluer son rendement, et elle communique les résultats aux membres de l'équipe et à d'autres programmes, services ou organismes.	!
30.9	L'équipe établit des objectifs et effectue un suivi des temps d'attente et des délais moyens de réponse pour les demandes de services de laboratoire non urgentes, urgentes et très urgentes.	!
30.10	L'équipe s'appuie sur les données qui découlent du suivi des indicateurs et des évaluations pour guider ses décisions et pour apporter des améliorations continues aux procédures et au système de gestion de la qualité du laboratoire, et ce, en temps opportun.	!

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

### Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Le laboratoire du CSSS de Memphrémagog dispose de ressources bien équilibrées pour rendre ses services diagnostiques à sa clientèle. Les locaux offrent un environnement sécuritaire et innovateur pour le personnel technique et administratif ainsi qu'un accès entièrement conforme aux règles de confinement d'un laboratoire de biologie médicale. Toutefois, la configuration des aires réservées aux prélèvements ne favorise pas le respect de la confidentialité à cause de la proximité des premières chaises de prélèvement avec les premières chaises de la salle d'attente, que ce soit à l'hôpital de Magog ou au CLSC de Stanstead.

Les équipes administratives et techniques sont bien formées et proactives dans la protection de la qualité des résultats analytiques, malgré une moyenne d'âge plutôt jeune. On note toutefois une difficulté récurrente à avoir un nombre suffisant de professionnels pour répondre aux activités quotidiennes, tout particulièrement dans les périodes de pointe ou de vacances. Il pourrait être avantageux de réviser l'allocation des ressources spécialisées pour les prélèvements et les tests d'ECG.

La direction du laboratoire maintient généralement une communication efficace avec son personnel de même qu'avec ses utilisateurs et ses laboratoires sous-traitants. Elle bénéficierait toutefois d'instaurer des mécanismes de coordination avec les autres services du CSSS afin de faciliter les échanges d'information entre le laboratoire et les secteurs cliniques. Un cadre normatif (politiques et procédures) bien détaillé est mis à la disponibilité du personnel et des utilisateurs. Le personnel est bien engagé dans un processus d'assurance de la qualité incluant la résolution des non-conformités préanalytiques et la déclaration des incidents.

Un programme de sécurité est bien implanté au laboratoire. L'entreposage des matières dangereuses et l'élimination des déchets biomédicaux sont bien encadrés. Les fiches signalétiques SIMDUT ont été répertoriées, dûment mises à jour et sont disponibles dans tous les secteurs. Le personnel respecte les consignes de prévention des infections, tel le lavage des mains.

Il sera pertinent d'encadrer la gestion des services du laboratoire plus rigoureusement par l'instauration de contrat ou d'entente avec ses laboratoires sous-traitants comme avec ses utilisateurs externes. Dans le contexte actuel et futur du laboratoire, l'équipe est encouragée à préciser ses exigences de prélèvements et de transport dans ces contrats tout en y définissant les responsabilités respectives de chacun des intervenants.

La gestion du laboratoire s'appuie sur des informations concernant le volume périodique des analyses effectuées et le temps réponse de certaines analyses. Cependant, le système d'information du laboratoire ne facilite pas la création d'indicateurs de gestion ni de qualité par sa complexité et sa rigueur. La direction du laboratoire est encouragée à obtenir de l'information concernant les besoins et la satisfaction de ses utilisateurs et également auprès des usagers de ses centres de prélèvement au moyen de sondages ou de questionnaires réguliers afin de valider la qualité perçue de ses services. La direction du laboratoire aurait avantage à développer un processus d'évaluation mieux détaillé des services de laboratoire à l'intérieur d'un tableau de bord qui pourrait être communiqué au personnel et aux utilisateurs de ses services.

3.3.6 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.5 L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.	
5.6 Les membres de l'équipe ont accès à un endroit tranquille pour réfléchir, se reposer et relaxer.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
14.5 L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
17.3 L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'équipe de médecine est félicitée pour la qualité de ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
On encourage l'organisme à continuer avec ses démarches de clarification des rôles des différents membres du personnel afin de maximiser l'efficacité de l'équipe de soins.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
Les membres de l'équipe communiquent de façon très efficace entre eux, de façon à offrir aux clients les soins de meilleure qualité possible.	

## Processus prioritaire : Aide à la décision



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

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

On encourage l'organisme à poursuivre ses démarches de réduction de risque en lien avec les activités à risque élevé déjà identifiées (administration d'oxygène, transfusions sanguines, chariots de code).

On encourage également l'équipe à comparer ses résultats et indicateurs de rendement avec d'autres unités de soins similaires du réseau.

3.3.7 Ensemble de normes : Services de réadaptation

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
9.4	L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	  <b>SECONDAIRE</b>
9.4.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
14.5	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
15.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	  <b>SECONDAIRE</b>  <b>SECONDAIRE</b>
15.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	
15.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	
17.1	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de réadaptation.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>		

L'équipe évaluée comprend l'unité de soins qui intègre l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), l'unité de réadaptation fonctionnelle et l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF). Ces trois entités sont réunies sur une même unité et fonctionne comme un tout intégré.

L'équipe a élaboré un cadre de référence en utilisant des données populationnelles avec la collaboration des membres de l'équipe. Il existe une collaboration avec les psychiatres qui soutiennent les usagers manifestant des problématiques psychogériatriques. Il y a un souhait clairement exprimé que cette collaboration soit renforcée davantage compte tenu de la croissance de cas dans cette catégorie d'usagers.

L'équipement dont dispose l'équipe est adéquat et il est à souligner que cela permet à l'équipe de très bien desservir la clientèle, notamment le nombre de toiles pour les lève-personnes et permet d'en dédier un à l'utilisateur pour l'ensemble de son séjour.

## Processus prioritaire : Compétences

L'équipe fonctionne en interdisciplinarité avec l'apport de plusieurs groupes professionnels. Le taux de roulement est faible dans cette équipe à l'exception des infirmières où elle est plus élevée.

Afin de créer une synergie d'apprentissage, pour la gestion des plaies de pression, l'équipe prend en photo la plaie, avec le consentement écrit de l'utilisateur ou de la famille, afin de discuter des stratégies de soins avec les autres membres de l'équipe.

Les usagers et les membres de leur famille apprécient grandement les membres de l'équipe. L'équipe est à l'écoute des usagers et des familles et a mis à leur disposition une boîte à suggestions dans la cuisine afin de recueillir les idées d'activités et d'amélioration qui pourraient être considérées.

Les espaces physiques sont bien organisés et bien aérés. L'encombrement dans les corridors est au minimum et les espaces de rangement sont bien utilisés et sécuritaires.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe travaille en interdisciplinarité et s'assure de l'accessibilité des usagers aux services. Plusieurs formations et opportunités de perfectionnement sont disponibles pour les professionnels et ces derniers assistent à plusieurs d'entre elles. La collaboration avec l'équipe médicale est à souligner. Les évaluations des usagers sont faites en temps opportun et sont accessibles à toute l'équipe.

L'équipe fournit de l'information sur ses services aux usagers et à leur famille et les liens avec ces derniers sont maintenus étroitement tout au long du séjour. Les usagers et les membres de la famille sont impliqués dans toutes les discussions et décisions qui surviennent tout au long du séjour. Ils sont au courant des étapes subséquentes dans le processus clinique.

Le bilan comparatif des médicaments est clairement établi et simple. La gestion des médicaments sur l'unité est adéquate et, dans un contexte de la réadaptation, ont recours au « dispill » pour évaluer un des aspects de la capacité fonctionnelle de certains usagers.

Les informations transmises au prochain dispensateur de services sont exhaustives. La planification du congé est aussi très bien structurée et implique toute l'équipe interdisciplinaire.

Malgré l'excellent service offert, l'équipe désire développer davantage de loisirs offerts aux usagers compte tenu de la durée de séjour et des risques reliés à la dénutrition et au manque de mobilisation des usagers. Une présence accrue de bénévoles pourrait aider dans l'organisation de loisirs. Également, devant le risque accru de dénutrition chez cette clientèle, l'équipe souhaiterait avoir une plus grande disponibilité en heures de la part d'une nutritionniste.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a développé un cadre de référence contenant ses objectifs et ses lignes directrices en collaboration avec ses membres. Ils communiquent les informations nécessaires aux partenaires qui interviennent auprès des usagers par le système R-SIPA. Les dossiers des usagers sont bien tenus et faciles à consulter. L'équipe fait face à une clientèle de plus en plus âgée, avec de multiples problèmes et nécessitant une plus grande intensité de soins.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La culture de sécurité est bien établie et un des messages forts véhiculés au sein de l'équipe est « le confort, c'est dangereux », notamment en ce qui a trait à la double identification des usagers.

L'équipe a une stratégie d'évaluation du risque de plaie de pression et de prévention des chutes. Des audits sont faits sur la façon dont les évaluations sont faites dans les deux cas, mais le suivi est fait de façon individuelle. Les deux stratégies dans leur ensemble ne sont pas évaluées comme tel. L'équipe est invitée à se doter d'un mécanisme d'évaluation de la stratégie en évaluant notamment les effets de l'application de ces stratégies de façon plus globale et non seulement sur le plan de la pratique professionnelle.

L'équipe traite les plaintes et utilise les déclarations d'incident/accident pour s'améliorer. Il y a un système de couverture des risques sur l'unité par l'assignation volontaire « d'ambassadeurs de la sécurité » qui se mettent responsables d'un risque.

Les indicateurs utilisés par l'équipe mesurent davantage des quantités et des volumes. L'équipe est invitée à développer des indicateurs simples, ponctuels et mesurables qui permettent de mieux cerner les problématiques permettant d'évaluer leurs processus et les résultats de leurs interventions.



3.3.8 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.7 Les dirigeants de l'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
13.5 L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs à ses services de santé communautaire.	
13.10 L'équipe communique les résultats des évaluations au personnel et à la communauté.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
<p>La clientèle jeunesse connaît une augmentation de problématiques en santé mentale, plus de familles nécessitant des suivis et plus de problématiques en toxicomanie. Il y a donc une augmentation des besoins en psychoéducation et de travail social chez une clientèle avec plus de besoins et plus de comorbidités. Les membres de cette équipe ont souligné le soutien remarquable de la direction clinique depuis six mois. La communication est excellente et ouverte.</p> <p>Le conseil d'administration a adopté une politique de développement de la communauté ce qui démontre, pour plusieurs, le soutien aux services communautaires.</p> <p>Les demandes fluctuent de façon conjoncturelle selon les événements majeurs qui surviennent dans les milieux desservis.</p> <p>Une excellente collaboration des partenaires de la communauté existe avec cette équipe. Les services offerts complètent les efforts des intervenants et les partenaires soulignent l'excellence du partenariat.</p>	

Un groupe de parents, La Voix des parents, a participé au développement d'un sondage pour l'identification de besoins des parents sur le territoire. Ils ont participé à l'élaboration du sondage, à la formulation des recommandations et à la diffusion des résultats du sondage à la population.

## Processus prioritaire : Compétences

L'équipe se dit fière et attachée à la clientèle. L'interdisciplinarité y est très présente, malgré les zones grises. La communication y est excellente. L'approche privilégiée pour les problématiques de violence en milieu familial est participative. L'approche par groupe pour les parents a un grand impact et les professionnels agissent comme animateurs et non comme intervenants. L'équipe est relativement stable, ce qui permet à la clientèle jeunesse-famille de bâtir un lien de confiance. En même temps, avec un faible taux de roulement, cela permet une continuité dans le lien.

Les généralistes œuvrant auprès de la clientèle jeunesse-famille bénéficient d'un soutien d'une équipe de professionnels spécialisés.

La formation est offerte à divers degrés aux professionnels de cette équipe.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

La clientèle apprécie la façon dont l'équipe va aux devants de la clientèle pour organiser leur rendez-vous, notamment pour la clinique de vaccination 0-5 ans.

Les endroits visités avaient tous des guichets d'accueil accessibles et clairement identifiés.

La clientèle a souligné le peu d'attente avant de voir les professionnels.

L'équipe est invitée à examiner la problématique de la mixité de la clientèle dans la salle d'attente de la clinique de vaccination 0-5 ans à Magog.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe offre une variété de services communautaires qui répondent à une panoplie de besoins populationnels. Plusieurs services sont offerts de concert avec les autres CSSS de l'Estrie et possèdent ainsi une base panrégionale.

Pour la clientèle 0-5 ans, il existe une bonne coordination avec les centres accoucheurs (essentiellement le CHU Sherbrooke et le CSSS La Pommeraiie). La région de l'Estrie a mis sur pied un système d'avis de grossesse pour que les CSSS puissent amorcer les services en phase prénatale de façon plus systématique. Plusieurs services existent en phase postpartum, notamment en ce qui a trait aux familles vulnérables et pour la vaccination. Pour diminuer le nombre de rendez-vous où la personne ne se présente pas, l'équipe utilise une liste de vérification pour contacter les familles des nouveau-nés, peu importe qu'il y ait un rendez-vous ou pas. Enfin, il est important de souligner l'obtention de la certification de l'initiative amis des bébés.

Pour la clientèle 6-17 ans, les services incluent la santé scolaire et la vaccination d'âge scolaire. Les professionnels couvrent un nombre d'écoles primaires et secondaires sur le territoire. L'approche utilisée présentement est d'administrer les vaccins dans les locaux du CSSS ce qui permet d'identifier des problématiques physiques ou psychosociales. L'établissement aura à se positionner quant à la future localisation de la vaccination pour cette clientèle.

Les plans d'intervention individualisés sont faits avec les parents pour tous les cas avec l'intervenant pivot.


### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Des données régionales existent sur la couverture vaccinale par territoire de CSSS, ce qui donne une idée à l'équipe de l'efficacité de la campagne de vaccination. Les données comparatives permettent à l'équipe d'améliorer la couverture vaccinale à l'avenir.

L'équipe souhaite développer des indicateurs de résultats.

L'équipe est invitée, en plus de partager les résultats des sondages et des recommandations, à partager avec les partenaires et la communauté les suivis effectués à la suite des consultations.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
<p>12.4 Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur (la personne), la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.</p> <p>12.4.1 L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.</p>	<p></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
20.4 L'équipe compare ses résultats à ceux d'interventions, de programmes ou d'organismes semblables.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
<p>Le leadership de cette équipe est bien apprécié et exerce une fonction de soutien et de mentorat qui permet aux membres de l'équipe d'exercer pleinement leurs compétences professionnelles. L'accent clientèle de cette équipe est un modèle dans un contexte de problématiques de santé mentale comportant plusieurs défis. Plusieurs initiatives de prise en charge de la clientèle sont porteuses et auraient avantage à être soutenues par une culture de la mesure. Ceci permettrait de véritablement démontrer le succès des efforts mis de l'avant par cette équipe.</p> <p>Le partenariat avec les organismes de la communauté et les partenaires externes est très fort et très apprécié par ces derniers.</p>	

## Processus prioritaire : Compétences

L'équipe se définit comme une équipe apprenante et bénéficie d'une richesse interdisciplinaire à souligner. La présence d'un psychiatre provenant du CHU Sherbrooke permet à l'équipe d'approfondir ses connaissances dans plusieurs domaines de spécialisation. Également, les échanges interdisciplinaires sur des cas permettent aux membres de l'équipe de développer une synergie au service de la clientèle.

Les membres de cette équipe sont engagés pleinement dans leur rôle professionnel. C'est une équipe dont le taux de roulement est relativement bas.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe fonctionne en complète interdisciplinarité, incluant le soutien psychiatrique du CHU Sherbrooke. Elle fonctionne également en étroite collaboration avec les deux groupes de médecine familiale (GMF), les programmes partenaires à l'interne ainsi qu'avec les organismes communautaires de la région. Cette intégration est réussie grâce au respect des rôles de chacun dans le continuum de soins.

Un élément à souligner est la proactivité de la planification du congé par la participation active de l'intervenant pivot du CSSS lors d'une hospitalisation au CHU Sherbrooke. Alors que l'on assiste souvent à des situations difficiles en gestion de crise en santé mentale, l'équipe devrait être félicitée pour sa proactivité et soumettre cette pratique comme étant une pratique exemplaire à Agrément Canada.

Une attention particulière est portée à la clientèle orpheline en santé mentale. Cette préoccupation assure des services mieux intégrés pour cette clientèle.

Le bilan comparatif des médicaments est fait de façon non optimale et le processus aurait avantage à être mieux défini, mieux standardisé et mieux diffusé au sein des membres de l'équipe.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a développé son offre de service en priorisant l'accès rapide à la prise en charge de la clientèle en crise. Le processus établi par l'accueil psychosocial, situé à proximité de l'urgence, est bien organisé et répond adéquatement aux situations de crise. Le processus d'intégration des intervenants pivots, dès l'arrivée à l'urgence, est un élément de continuité grandement aidant et apprécié. Il est à souligner que les intervenants de l'accueil psychosocial répondent également à des appels provenant de la communauté et que ceux-ci se rendent à domicile pour évaluer la situation. L'équipe est soutenue par des activités de révision de cas de façon individuelle avec une conseillère clinique. Les cas sont également revus en équipe interdisciplinaire.




L'équipe reconnaît l'importance du plan de services individualisés (PSI) pour soutenir l'interdisciplinarité. Également, il leur est évident qu'un apport accru de la clientèle et des proches dans le développement d'outils d'information et dans l'implication est primordial.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Un Lac à l'épaule annuel permet à l'équipe de faire une pause et bien situer où ils sont et vers où ils se dirigent. Cette approche participative est appréciée et permet une contribution de tous à la détermination des objectifs et à l'atteinte de ceux-ci. Les mécanismes de détection des risques tant pour la clientèle que pour les membres de l'équipe sont une composante importante des interventions.

L'équipe aurait avantage à développer davantage une culture de mesure pour mieux rendre compte de ses réalisations et mieux ajuster l'offre de service, ses processus et le déploiement de ses ressources. Bien que l'équipe possède certaines mesures permettant d'apprécier la qualité des processus et des résultats auprès de la clientèle, elle aurait avantage à se comparer à d'autres programmes pour notamment valider le modèle de prise en charge postcongé hospitalier.

3.3.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>		
4.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et positive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
7.5	De concert avec le résident, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments du résident aux points de transition des soins.	  <b>PRINCIPAL</b>
7.5.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec le résident, la famille, les prestataires de soins et le soignant (selon le cas), et le consigne.	
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.	  <b>SECONDAIRE</b>
8.4.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	
13.1	L'équipe suit des procédures pour offrir des soins de fin de vie qui respectent les dernières volontés des résidents.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
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.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
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.	

17.2.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.

**SECONDAIRE**

18.2 L'équipe recueille le point de vue des résidents sur la qualité des services de soins de longue durée.

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

#### Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme désire augmenter le nombre de lits en hébergement lorsque les effectifs médicaux le permettront en lien avec les données de la planification stratégique.

La participation des bénévoles aux activités de loisirs est appréciée par l'équipe de soins.

Même si l'organisme s'est doté récemment d'une politique pour l'administration du vaccin antipneumococcique, les infirmières avaient l'habitude d'offrir la vaccination aux résidents lors de la campagne de vaccination antigrippale.

#### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire (PSI) se rencontre à la cinquième ou sixième semaine suivant l'admission d'un résident et minimalement une fois par année ou au besoin. Le travailleur social du soutien à domicile continu d'assurer le suivi de son client lorsqu'il est admis en hébergement. On ne retrouve pas le PSI dans tous les dossiers consultés lors de la visite d'agrément.

L'organisme n'a pas de programme-cadre sur l'approche milieu de vie en hébergement. Cet outil faciliterait la poursuite de son implantation dans cette mission. Le programme serait un document de référence pour le personnel. L'appropriation du concept milieu de vie pourrait faire partie intégrante de l'orientation du nouveau personnel. Le comité milieu de vie pourrait faire partie de la démarche.

Un programme de soins palliatifs spécifique pour la fin de vie en hébergement est à élaborer.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le CSSS est invité à poursuivre la mise en place d'un plan d'intervention comme recommandé lors de la visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie.



## Processus prioritaire : Aide à la décision

La direction a un plan pour l'informatisation des dossiers à la direction SAPA. Une conseillère clinique est attitrée au programme SAPA.

Le seul sondage de la satisfaction de la clientèle réalisé au cours des dernières années est celui du Conseil québécois d'agrément.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Des activités à risque élevé ont été ciblées sur chaque unité en centre d'hébergement, par exemple une unité a choisi le retraitement de l'équipement à usage unique et l'identification du résident. Un plan d'amélioration de la qualité est en cours, afin de réaliser ces activités de manière sécuritaire. L'équipe applique les politiques et les procédures en gestion de risque et l'assistante-chef d'équipe fait un retour d'expérience sur les incidents et accidents survenu lors des prestations de soins avec son équipe.

3.3.11 Ensemble de normes : Services des urgences

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
2.2 Les buts et les objectifs de l'équipe sont liés aux analyses comparatives sur la disponibilité de lits dans le service des urgences, la période d'attente avant l'admission, l'acheminement de clients vers d'autres établissements, et les temps d'attente.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
6.7 L'équipe évalue le temps quelle prend pour assurer le transfert des clients amenés par ambulance, puis elle établit et atteint les délais prévus pour le transfert des clients qui sont amenés au service des urgences par les services médicaux d'urgence.	
6.8 L'équipe surveille les délais de transfert des clients amenés par ambulances et utilise cette information pour améliorer ses services.	
6.11 L'équipe établit, surveille et compare les données sur le temps d'attente des clients pour obtenir des services et de l'information, et des données sur la durée de séjour prévue (DSP) au service des urgences.	
7.12 L'équipe consigne dans le dossier du client les résultats de l'évaluation selon l'ÉTG et les réévaluations.	
8.5 L'équipe a accès aux épreuves diagnostiques et aux analyses de laboratoire, ainsi qu'aux résultats 24 heures sur 24.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
12.3 Le personnel et les prestataires ont accès au dossier du client en temps opportun.	
13.1 L'équipe a accès en temps opportun aux technologies de l'information qui influent sur les soins offerts au client.	
13.2 Le personnel et les prestataires de services utilisent la technologie de l'information pour transmettre de l'information à l'équipe interdisciplinaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
14.5 L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	

16.1	L'organisme cerne les indicateurs de processus et de résultats pour le service des urgences et en assure le suivi.	!
16.2	L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services offerts par le service des urgences.	
16.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	!
16.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

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

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

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'infrastructure et l'équipement mis à la disposition de l'équipe de l'urgence sont tout à fait fonctionnels et permettent à l'équipe d'exercer sa mission de façon sécuritaire et efficace.

L'organisme est encouragé à développer un système de surveillance des paramètres des temps d'attente et des taux d'occupation des civières afin d'y identifier des opportunités d'optimisation de l'utilisation des services d'urgence.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe vient de mettre sur pied un programme très élaboré d'orientation des nouveaux venus à l'urgence. L'organisme est encouragé à recueillir les commentaires des participants afin d'en faire un document vivant qui répondra aux besoins changeants.

L'organisme est encouragé à tenir des exercices de simulation de code blanc avec l'équipe de l'urgence.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisme informe régulièrement ses clients tout au long de leur séjour à la salle d'urgence et gère ainsi leurs attentes de façon adéquate.

L'équipe transmet de façon efficace l'information clinique de ses clients aux différents points de transition.

L'organisme est encouragé à développer une méthode de surveillance robuste (temps d'attente, durées de séjour, etc.), couplée d'une comparaison avec d'autres organismes de taille similaire, afin de maximiser l'utilisation de la salle d'urgence tout en diminuant les délais d'accès aux soins pour les clients.

Il semble qu'il y ait des délais importants avant d'obtenir les résultats d'examen de laboratoire pendant le jour. Ceci ne semble toutefois pas un problème le soir et la nuit. L'équipe est encouragée à discuter avec le laboratoire afin de résoudre ce problème.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme est encouragé à identifier ses besoins en technologie de l'information incluant les obstacles à l'accès à l'information clinique et à y chercher des solutions avec le soutien de l'équipe informatique et des partenaires régionaux.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La surveillance des incidents reliés à la sécurité des patients à l'urgence a permis d'identifier trois secteurs d'amélioration (prévention des chutes, prévention des fugues, erreurs de médicaments) qui ont donné lieu à un plan d'action afin d'offrir des soins plus sécuritaires.

L'organisme est encouragé à développer un tableau de bord d'indicateurs de l'utilisation et de résultats en lien avec la salle d'urgence et d'en faire la surveillance afin d'apporter des correctifs, s'il y a lieu, dans le but d'améliorer l'accès et la qualité des soins offerts.

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

Aucun programme de don d'organes et de tissus n'est actuellement en place. L'organisme est présentement à l'élaboration d'un programme de prélèvement de tissus qui devrait être inauguré sous peu. L'organisme est encouragé à maintenir les communications avec Québec-Transplant et de sensibiliser son personnel à cet égard. Les liens devraient également être établis avec le CHUS afin de coordonner le transfert éventuel de donneurs d'organes.

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

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


**Processus prioritaire : Direction clinique**

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

**Processus prioritaire : Compétences**

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


**Processus prioritaire : Épisode de soins**

7.9	De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
7.9.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	PRINCIPAL
7.9.2	L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
7.9.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'usager.	PRINCIPAL
7.9.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
7.9.5	L'équipe remet à l'usager, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL
9.6	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	

**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**

<p>16.2 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p> <p>16.2.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.</p>	 <b>SECONDAIRE</b>
<p>18.2 L'équipe recueille le point de vue du client sur la qualité des services palliatifs et des services de fin de vie.</p>	
<p>18.3 L'équipe compare ses résultats à ceux d'interventions, de programmes ou d'organismes semblables.</p>	

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

#### Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe travaille en partenariat avec l'équipe de soutien à domicile afin de répondre aux besoins des usagers en fin de vie. Une équipe de bénévoles est spécialement formée pour accompagner la personne en fin de vie au soutien à domicile, en hébergement et à l'unité de soins palliatifs. Les bénévoles sont formés. Les bénévoles sont soutenus et reconnus au CSSSM. Il y a eu 2 542 heures de bénévolats de fait au cours de la dernière année seulement auprès de la clientèle en fin de vie.

#### Processus prioritaire : Compétences

Le personnel de l'unité de soins palliatifs « l'Essentiel » s'inscrit dans un véritable continuum de soins en complémentarité aux services dédiés aux soins palliatifs. Le personnel a choisi de travailler sur cette unité et adhère aux valeurs humaines et aux qualités d'interventions proposées dans le cadre de référence : L'Essentiel organisation des services.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'épisode de soins se situe autour de 21 jours à l'unité de soins palliatifs. La clientèle du soutien à domicile est prioritaire, suivie de la clientèle de l'urgence et de celle de l'unité de courte durée. Les clients sont admis soit pour des soins de fin de vie, de l'ajustement de médication ou pour permettre du répit aux aidants naturels. L'équipe est aidée par un groupe de bénévoles en soins palliatifs dédié à l'accompagnement des malades de soins palliatifs de soir et de nuit.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'unité de soins palliatifs est petite, calme et belle. Le personnel assure une qualité de soins et de service à la population de son réseau local. Le personnel possède les outils, les guides cliniques et les connaissances nécessaires afin de guider ses interventions selon la philosophie et les valeurs de l'unité.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe ne fait pas de sondage auprès des familles, par contre elle reçoit de bons commentaires verbaux de leur part.

Il n'y a pas de tableau de bord qui permettrait de faire l'analyse de l'intégration du processus de la prévention des chutes dans la pratique quotidienne. L'équipe est très sensibilisée à la gestion des risques.

---

3.3.13 Ensemble de normes : Services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	
1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information sur la demande de services transfusionnels, y compris le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des usagers sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.3 Les membres de l'équipe devraient revoir l'information ensemble et la communiquer à d'autres équipes administratives et cliniques dans l'organisme, au besoin.	
2.3 L'équipe demande régulièrement des commentaires sur la façon d'améliorer l'accès aux services transfusionnels et de régler les délais d'obtention de composants sanguins et de produits sanguins à des fins de transfusion.	
3.3 L'équipe dispose d'une structure de gestion avec des liens et des responsabilités hiérarchiques clairement définis.	
4.3 L'équipe dispose d'un programme structuré pour assurer le maintien des compétences des membres de l'équipe, y compris l'évaluation de leurs connaissances théoriques et pratiques sur les services transfusionnels par le biais de diverses techniques.	
4.4 Les gestionnaires de l'équipe consignent les résultats d'évaluation et de réévaluation des compétences.	
4.5 L'équipe participe à un programme de vérification des compétences qui comprend la prise de mesures correctives lorsque les résultats des évaluations des compétences sont insatisfaisants.	
4.7 L'organisme tient et conserve pour chaque membre de l'équipe des dossiers complets et à jour sur les qualifications, la formation et les compétences, y compris les résultats d'évaluation et de réévaluation des compétences, ainsi que les mesures correctives.	
21.4 L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.	<b>!</b>
26.5 Lorsqu'elle évalue la qualité de ses services transfusionnels, l'équipe s'assure la participation des usagers, des familles, d'autres équipes dans l'organisme ainsi que d'autres organismes.	
26.6 L'équipe cerne les réussites et les points à améliorer, et apporte des améliorations en temps opportun en se servant de l'information ainsi obtenue au sujet de la qualité de ses services.	



26.7 L'équipe examine les résultats de l'évaluation et les communique aux autres équipes dans l'organisme, à d'autres organismes, aux usagers et familles, s'il y a lieu.

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

#### Processus prioritaire : Services transfusionnels

Les services transfusionnels offerts au CSSS de Memphrémagog sont bien desservis par des coordinatrices technique et clinique compétentes et engagées envers la qualité des activités de transfusion. Il existe une bonne communication avec le centre désigné qui offre un bon soutien dans la prestation des services transfusionnels.

Le comité d'hémovigilance est actif et joue un rôle actif dans la surveillance des incidents et la gestion du risque. Le rapport incident/accident transfusionnel pour la période 2013-2014 rapporte les événements indésirables et en fait une analyse détaillée, incluant les mesures prises en cours de période et des recommandations d'amélioration pour 2014-2015. L'équipe a accès à certaines informations concernant les demandes de services, ce qui peut l'aider à cerner les tendances relatives aux besoins en matière de services et à déterminer quelles ressources sont nécessaires pour répondre à la demande. Cependant, l'information obtenue ne tient pas compte de l'opinion des usagers et des tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes d'usagers qui sont actuellement desservis dans différents secteurs du CSSS.


L'équipe de la banque de sang utilise des procédures opératoires dûment validées et adaptées au CSSS. Elle s'assure de la conformité aux exigences de prélèvement sanguin et surveille rigoureusement le processus de mise en circulation et de transport des produits sanguins.

De son côté, les coordonnatrices responsables d'encadrer le processus clinique de transfusion surveillent adéquatement la formation et surtout l'orientation à offrir aux nouveaux employés appelés à effectuer des transfusions de produits sanguins. Elle valide l'efficacité des activités de formation et d'information régulièrement. Il demeure important toutefois d'élaborer un programme structuré pour assurer le maintien des compétences du personnel appelé à effectuer une transfusion sanguine, tout particulièrement dans le contexte où cette activité se fait plus rare dans certains secteurs, comme l'hébergement.

Le principal défi pour l'équipe de services transfusionnels concerne surtout l'information entourant le consentement. Il est important de bien encadrer le processus de consentement éclairé afin d'offrir aux usagers des informations complètes sur la transfusion que son état de santé requiert ainsi que l'occasion d'y consentir en toute connaissance de cause. Il faut reconnaître toutefois que cet enjeu a déjà été souligné dans le rapport incident/accident transfusionnel et discuté lors de la dernière rencontre du comité d'hémovigilance.

L'évaluation de la qualité des services transfusionnels est une préoccupation réelle des membres de l'équipe qui surveillent la conformité des activités techniques et cliniques. Nous encourageons les responsables des services transfusionnels à consulter davantage les usagers et leurs familles dans l'évaluation des services transfusionnels. Il sera pertinent également de communiquer ces résultats d'évaluation aux autres équipes de l'organisme et aux usagers ou leurs représentants afin de les sensibiliser davantage à l'engagement de l'équipe concernant la qualité des services transfusionnels et l'amélioration continue de la qualité.

3.3.14 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
<p>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.</p> <p>17.2.4 L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.</p> <p>17.2.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p>
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
Des structures distinctes existent pour les quatre secteurs visités, soit l'endoscopie, l'hémodialyse, les cliniques externes et les soins infirmiers courants. La Direction de la santé physique chapeaute l'endoscopie, l'hémodialyse et les cliniques externes, tandis que la Direction des services à la communauté et des services multidisciplinaires chapeaute les soins infirmiers courants.	

## Processus prioritaire : Compétences

La couverture de l'endoscopie est faite grâce à un poste flottant du bloc opératoire qui remplace les pauses et les dîners, ce qui assure un remplacement par une personne qui connaît bien le fonctionnement. Le transfert d'expertise est assuré par un membre du personnel sénior vers les plus jeunes de l'équipe.

Le nettoyage des endoscopes se fait sur place dans une salle dont l'environnement est idéal pour y implanter. En hémodialyse, les professionnels bénéficient d'un soutien remarquable du personnel et des médecins du CHU Sherbrooke.

L'équipe des soins infirmiers courants effectue plusieurs interventions, des traitements mineurs.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

En endoscopie, la centrale de rendez-vous a un protocole pour prioriser les rendez-vous. L'équipe est invitée à adopter le mode de priorisation utilisée par le bloc opératoire pour programmer les cas.

En hémodialyse, l'environnement permet de modifier relativement facilement la configuration advenant le besoin de changer la configuration physique.

Pour les cliniques externes, l'accessibilité est adéquate autant avec rendez-vous (Magog) qu'en sans rendez-vous (Stanstead). Cependant, à Stanstead, plusieurs professionnels ont mentionné le besoin additionnel en couverture médicale. Également, la présence à temps plein d'une infirmière a été mentionnée comme étant nécessaire, surtout pour assurer une couverture professionnelle. Sa présence est actuellement à temps partiel et est assignée surtout aux soins infirmiers courants.

Les soins infirmiers courants sont situés sur trois points de services, soit Magog, Stanstead et Mansonville. La clientèle apprécie les services surtout à proximité lorsque les déplacements sont difficiles. D'ailleurs, on nous a mentionné l'absence de transport dans la municipalité de Stanstead qui empêche l'accès à certains services disponibles seulement à Magog. À Magog, compte tenu du volume, il serait intéressant d'examiner la possibilité d'ajouter une 5e salle d'examen/traitement.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

En endoscopie, l'enregistrement du nettoyage et la traçabilité des scopes aux usagers sont effectués systématiquement.

Les cliniques externes sont utilisées par plusieurs spécialités qui ont à leur disposition des salles d'examen, de traitement et de procédure mineure.

En hémodialyse, les greffés sont traités au CHU Sherbrooke. Le CSSS s'occupe des stades 1 et 2. Depuis quelques années, l'équipe constate que les patients reçus au CSSS sont de plus en plus critiques et nécessitent davantage de surveillance durant leurs traitements. À terme, le CSSS possède présentement la capacité d'augmenter le nombre d'usagers de 15 à 18, et ce, en lien avec les besoins des usagers du territoire qui désireraient recevoir leurs traitements au CSSS, soit plus près de leur domicile, s'ils le souhaitent.

Dans les cliniques externes et les soins infirmiers courants, il existe des dossiers hybrides parallèles qui peuvent présenter des risques en termes d'accessibilité aux informations cliniques.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les défis pour l'endoscopie sont liés à la planification des cas à haut risque par la centrale de rendez-vous. Les outils de prise en charge de la clientèle devraient être en place à l'automne 2014. Également, l'équipe prévoit effectuer un projet d'optimisation de l'utilisation du plateau technique d'endoscopie.

En ce qui a trait aux cliniques externes, à la suite du constat d'une utilisation déficiente des salles d'examen, l'équipe prévoit effectuer un projet d'optimisation d'utilisation des salles. Ce projet a fait place à d'autres priorités et est en attente de réalisation pour le moment.

### 3.3.15 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**

8.1	L'organisme effectue une évaluation des risques en matière de sécurité pour les clients qui reçoivent des services à domicile.	 <b>PRINCIPAL</b>
8.1.2	L'évaluation des risques en matière de sécurité comprend un examen de l'environnement physique intérieur et extérieur, des risques chimiques et biologiques ou de ceux liés aux incendies et aux chutes, des troubles médicaux qui exigent des précautions spéciales, des facteurs de risque du client et des mesures d'urgence.	
8.8	L'organisme met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	 <b>SECONDAIRE</b>
8.8.5	L'organisme utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	
16.2	L'organisme recueille le point de vue des clients sur la qualité de ses services.	

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

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

**Processus prioritaire : Direction clinique**

Le client est au centre des préoccupations de l'équipe du soutien à domicile. Les trajectoires de services entre les différents partenaires et mission du CSSS sont bien établies et fluides. On parle de part et d'autre d'une excellente collaboration entre les services ainsi qu'avec les organismes communautaires.

## Processus prioritaire : Compétences

Le personnel est satisfait des formations offertes par l'organisme. Elles sont variées et l'organisme utilise différents moyens technologiques de diffusion tels la visioconférence, les webinaires.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Actuellement, le dossier du client est composé de deux parties soit une partie électronique dans ICLSC pour la note des professionnels et une partie papier. Certains documents comme le PSI sont imprimés et versés au dossier papier. Il y a un risque d'erreur que la dernière version du document ne soit pas au dossier lors de la consultation du dossier papier. Une demande d'informatisation du dossier papier est l'étude

Il faut souligner l'excellente collaboration entre l'équipe de soutien à domicile et l'unité de soins palliatifs. Les trajectoires de service interne sont bien établies et fluides.

L'équipe est invitée à recueillir le point de vue des clients.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Une conseillère clinique est attitrée au programme SAPA. Elle développe des outils et émet des recommandations à l'intention des professionnels. Un document de travail sur les troubles comportementaux et psychologiques de la démence est en élaboration. Plusieurs formations sont disponibles soit par midi-conférence, webinaire ou visioconférence.


## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le programme de soutien à domicile répond au besoin de la population. La liste de clients en attente de service est presque inexistante. Le travail de partenariat avec les organismes communautaires et l'entreprise d'économie sociale en aide domestique est intégré à la pratique courante des intervenants du soutien à domicile. Le client garde le même professionnel tout au long du continuum de soins au CSSSM. Cette organisation des soins optimise le temps des professionnels et augmente la qualité des soins rendus à l'utilisateur.

Il faut souligner l'excellente collaboration entre l'équipe de soutien à domicile et l'unité de soins palliatifs. Les trajectoires de service interne sont bien établies et fluides. Le cadre de référence soutien à domicile direction SAPA décrit les rôles et fonction des intervenants impliqués du réseau local de services auprès des aînées.

### 3.3.16 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération</b>	
3.3 Lors de la planification et de la conception des salles d'opération, l'organisme prend les précautions nécessaires pour assurer la protection physique du personnel et des clients dans la salle d'opération.	!
8.1 Les membres de l'équipe respectent le code vestimentaire lorsqu'ils se trouvent dans le bloc opératoire.	!
12.10 L'équipe range l'équipement, les appareils médicaux et les fournitures propres et stériles selon les directives du fabricant et les sépare de l'équipement souillé et des déchets.	!
<b>Ensemble de normes : Services de chirurgie</b>	
15.2 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
15.2.1 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
15.2.4 L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
15.2.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le personnel fait preuve d'une excellente collaboration entre les différents secteurs impliqués dans l'expérience chirurgicale d'un patient, et ce, afin d'offrir des soins personnalisés et de qualité.

Les données probantes guident les changements de protocole basés sur les meilleures pratiques (exemple de la prophylaxie antibiotique).

On encourage l'équipe à développer une solution à court terme afin de réduire le risque créé par la colocalisation de matériel propre et contaminé au sein du bloc opératoire.

On encourage également l'équipe à développer une solution afin de réduire la circulation des familles des clients subissant une chirurgie de cataracte au sein de la zone à accès restreint du bloc opératoire.

L'équipe est encouragée à poursuivre ses démarches d'optimisation de l'utilisation de son bloc opératoire et de son service d'endoscopie.

On encourage finalement l'équipe à appliquer le programme de prévention des chutes à son service de façon plus systématique.

---



## 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 : 8 avril 2014 au 18 avril 2014
- 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.	0	0	100	89
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	0	100	93
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	0	100	93
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	0	0	100	90

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	0	0	100	89
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	0	100	92
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	94
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	0	0	100	93
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	92
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	0	100	90
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	0	7	93	88
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	0	100	89
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	92
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	14	86	87
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	0	100	96
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	91

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	95
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	0	14	86	78
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	0	7	93	66
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	8	33	58	61
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	14	86	77
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	20	50	30	53
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	78
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	0	14	86	81
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	17	17	67	64
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	0	100	92
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	0	14	86	78
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	92

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	7	93	81
30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	88
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	84
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	0	21	79	79
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	7	93	86
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	91
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	8	92	92
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	0	7	93	86
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	7	93	90

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

## 4.2 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires

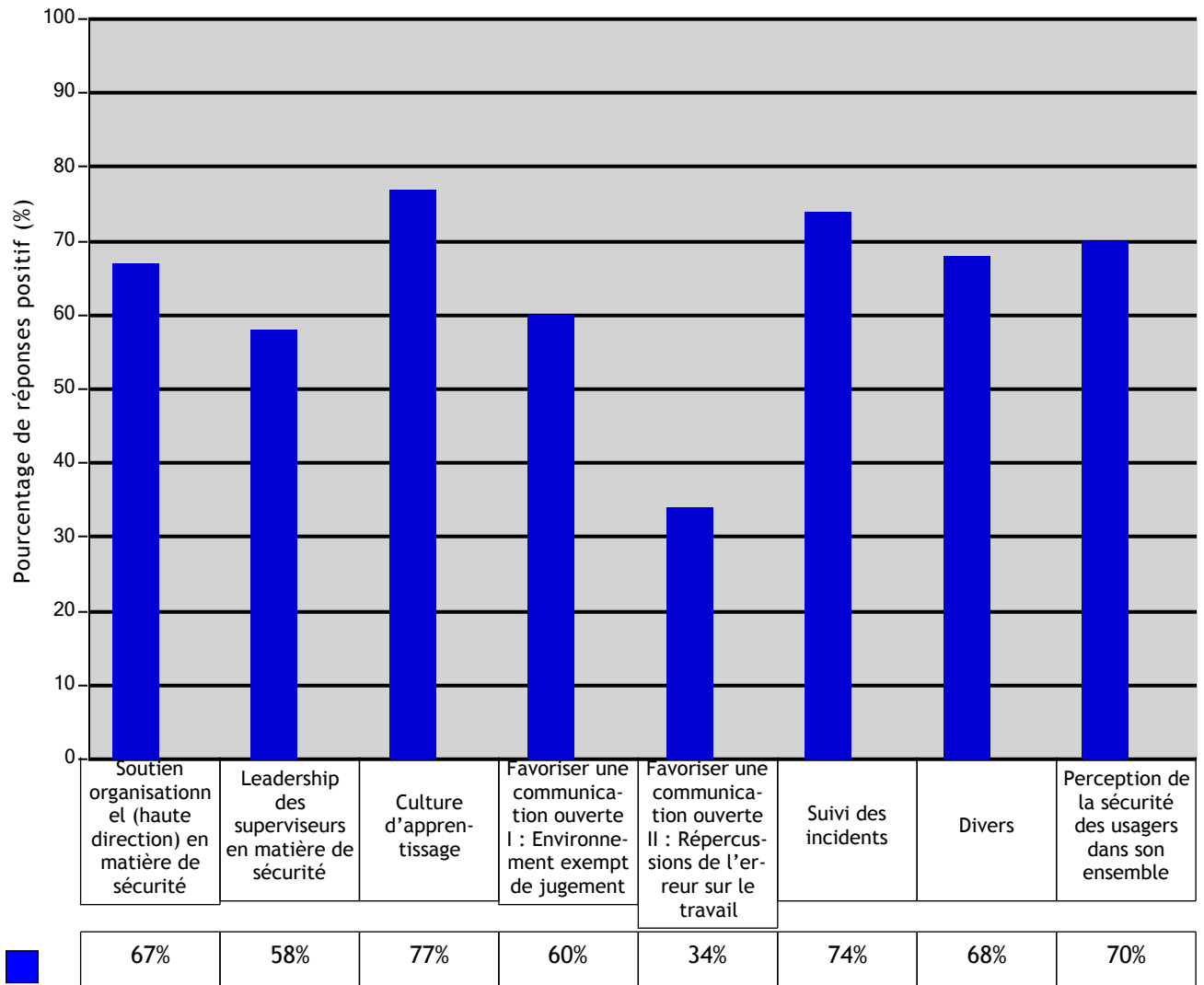
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. C'est pourquoi Agrément Canada fournit aux organismes le Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers (SCCSU), un outil éclairé par des données probantes 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 du SCCSU 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 de son SCCSU 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 : 27 janvier 2014 au 5 mars 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 230
- Nombre de réponses : 257

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

■ Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Mobilisation :

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

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 482			Autres établissements du Québec n = 16982		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	77,00	76,00	78,00	78,00	75,00	79,00
JAUNE	Implication	75,00	74,00	76,00	74,00	71,00	77,00
JAUNE	Collaboration	78,00	76,00	79,00	78,00	75,00	79,00
JAUNE	Soutien	71,00	69,00	73,00	70,00	66,00	74,00
JAUNE	Communication	68,00	66,00	70,00	68,00	63,00	71,00
ROUGE	Leadership	62,00	60,00	64,00	71,00	67,00	74,00

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

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

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

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

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

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

## Clientèle hébergement :

Comparaison des résultats du Centre d'hébergement de Magog aux résultats d'établissements de même mission

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	86,00	84,00	88,00	86,00	84,00	87,00
JAUNE	Prestation professionnelle	86,00	84,00	88,00	84,00	82,00	85,00
JAUNE	Organisation des services	85,00	83,00	87,00	83,00	81,00	85,00

## Clientèle CH et CLSC :

Comparaison des résultats du CSSS Memphrémagog, aux résultats d'établissements de même mission

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 542			Autres établissements du Québec n = 7988		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	91,00	90,00	92,00	89,00	88,00	91,00
JAUNE	Prestation professionnelle	88,00	87,00	89,00	86,00	85,00	88,00
JAUNE	Organisation des services	85,00	84,00	86,00	83,00	81,00	86,00

Annexe A Processus prioritaires

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

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

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Direction clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Don d'organes (donneur vivant)	Offrir des services de don d'organes provenant de donneurs vivants, par exemple, en appuyant les donneurs potentiels dans une prise de décisions éclairée, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur et en réalisant des procédures liées aux dons d'organes.
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.
Épisode de soins	Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.

Processus prioritaire	Description
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Services de diagnostic - Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic - Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.