

**Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément**

Rapport d'agrément

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

Windsor, QC

Dates de la visite d'agrément : 25 au 29 octobre 2015

Date de production du rapport : 19 janvier 2016



**AGRÉMENT CANADA
ACCREDITATION CANADA**

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

Agréé par l'ISQua



**CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÉMENT**

**ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS
POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ**

Normes agréées par International Society for Quality in Health Care (ISQua)

Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) au programme d'agrément conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, une visite a eu lieu en octobre 2015. Ce rapport repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

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

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

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

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

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

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale



Paul St-Onge
Président

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	12
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	15
3.0 Résultats détaillés de la visite	17
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	18
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	18
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	20
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	21
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	23
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	25
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	26
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	27
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	28
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	29
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	30
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	31
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service</i>	32
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments - Secteur ou service</i>	33
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service</i>	34
3.2.4 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service</i>	35
3.2.5 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service</i>	36
3.2.6 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire - Secteur ou service</i>	39
3.2.7 <i>Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients - Secteur ou service</i>	41
3.2.8 <i>Ensemble de normes : Services de soins de longue durée - Secteur ou service</i>	44
3.2.9 <i>Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service</i>	48

<i>3.2.10 Ensemble de normes : Soins et services à domicile - Secteur ou service</i>	51
4.0 Résultats des outils d'évaluation	54
4.1 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	54
4.2 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)	56
Annexe A Processus prioritaires	58

Section 1 Sommaire

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

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

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François maintient 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 : 25 au 29 octobre 2015**

- **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 administratif
- 2 Centre d'hébergement de Richmond
- 3 CLSC de Richmond
- 4 CLSC et Centre d'hébergement de Valcourt
- 5 CLSC-Urgence mineure et Centre d'hébergement de Windsor

- **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 Prévention et contrôle des infections
- 3 Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

Normes sur l'excellence des services

- 4 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
- 5 Soins et services à domicile - Normes sur l'excellence des services
- 6 Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
- 7 Services de santé communautaire - Normes sur l'excellence des services
- 8 Services d'imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
- 9 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients - Normes sur l'excellence des services
- 10 Services de laboratoires biomédicaux - Normes sur l'excellence des services
- 11 Services de soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)
- 2 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	54	3	0	57
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	49	0	0	49
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	319	7	21	347
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	92	3	0	95
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	135	2	0	137
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	33	0	1	34
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	546	23	14	583
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	32	0	0	32
Total	1260	38	36	1334

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur le leadership	45 (97,8%)	1 (2,2%)	0	82 (96,5%)	3 (3,5%)	0	127 (96,9%)	4 (3,1%)	0
Prévention et contrôle des infections	47 (100,0%)	0 (0,0%)	10	32 (100,0%)	0 (0,0%)	2	79 (100,0%)	0 (0,0%)	12
Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	52 (100,0%)	0 (0,0%)	4	52 (100,0%)	0 (0,0%)	1	104 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	38 (100,0%)	0 (0,0%)	0	43 (93,5%)	3 (6,5%)	2	81 (96,4%)	3 (3,6%)	2
Services d'imagerie diagnostique	55 (93,2%)	4 (6,8%)	8	64 (95,5%)	3 (4,5%)	1	119 (94,4%)	7 (5,6%)	9
Services de laboratoires biomédicaux	70 (100,0%)	0 (0,0%)	1	97 (94,2%)	6 (5,8%)	0	167 (96,5%)	6 (3,5%)	1
Services de santé communautaire	17 (100,0%)	0 (0,0%)	0	55 (98,2%)	1 (1,8%)	0	72 (98,6%)	1 (1,4%)	0
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	22 (100,0%)	0 (0,0%)	0	113 (100,0%)	0 (0,0%)	0	135 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services de soins de longue durée	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	91 (96,8%)	3 (3,2%)	0	131 (97,8%)	3 (2,2%)	0
Soins ambulatoires	38 (100,0%)	0 (0,0%)	4	68 (90,7%)	7 (9,3%)	2	106 (93,8%)	7 (6,2%)	6
Soins et services à domicile	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	53 (98,1%)	1 (1,9%)	0	97 (99,0%)	1 (1,0%)	0
Total	468 (98,9%)	5 (1,1%)	27	750 (96,5%)	27 (3,5%)	8	1218 (97,4%)	32 (2,6%)	35

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Divulgaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	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 laboratoires biomédicaux)	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 (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Non Conforme	4 sur 4	1 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Medication reconciliation at care transitions (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 1
Medication reconciliation at care transitions (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 0
Medication reconciliation at care transitions (Soins ambulatoires)	Non Conforme	4 sur 7	0 sur 0
Medication reconciliation at care transitions (Soins et services à domicile)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 1
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 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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Sécurité liée à l'héparine (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Sécurité liée aux narcotiques (Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Non Conforme	0 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	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
Soins efficaces des plaies (Soins et services à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le CSSS Val St-François dessert une région qui compte près de 30 000 personnes réparties sur un territoire à caractère rural. Environ 20 % de la population est âgée de 0 à 17 ans, 63 % de 18 à 64 ans et 10 % de 65 ans et plus. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus est en augmentation alors que celui des 0 à 17 ans est en constante diminution.

La récente transformation du réseau de la santé et des services sociaux du Québec en vigueur le 1er avril 2015, a entraîné l'intégration du CSSS Val St-François au nouveau Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS), regroupant tous les établissements de santé et de services sociaux de la région de l'Estrie et deux autres établissements de la région de la Montérégie.

La présidente-directrice générale et la présidente-directrice générale adjointe sont en place depuis, et la nouvelle structure organisationnelle est implantée depuis juin 2015. Le nouveau conseil d'administration est formé et une première séance est prévue pour le 27 octobre 2015. L'ensemble des postes de cadre intermédiaire ayant été techniquement modifiés avec la nouvelle structure, ces derniers ont reçu une lettre mentionnant le titre de poste qu'ils occuperont, selon leur profil de compétence et les besoins du nouvel établissement. Des mécanismes de transition sont en place et des formations adaptées sont disponibles.

Plus de 2 500 personnes ont participé à l'élaboration de la nouvelle vision du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, soit «En Estrie ensemble, innovons pour la vie»!

Depuis la dernière visite d'agrément en 2012, et jusqu'au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle structure en avril 2015, le conseil d'administration et la direction du CSSS Val St-François ont assuré le suivi et la mise à jour de la planification 2010-2015 et ont mis en place un plan de transition pour l'année 2015-2016. Chaque secteur de l'organisation a eu à présenter son offre de services aux divers niveaux de l'organisation.

LA COMMUNAUTÉ ET LES PARTENARIATS ÉTABLIS AVEC CELLE-CI

Une consultation élargie a eu lieu dans la démarche de la planification stratégique, ce qui a permis une appropriation par les membres de l'organisation de même que par les divers partenaires. L'implication des partenaires de la communauté à l'exercice a notamment permis de dresser un portrait réaliste des besoins de la population desservie et d'adapter les orientations en conséquence.

Divers outils sont utilisés pour communiquer la mission, la vision et les valeurs au personnel, aux médecins, aux partenaires externes ainsi qu'à la population. De même, l'implication de partenaires du milieu au sein de diverses tables de concertation mérite d'être mentionnée. Les actions sont orientées sur les problèmes liés à la promotion de la santé, à la prévention des maladies dans la communauté ainsi qu'à l'accès aux services de première ligne sur le territoire, reflétant la préoccupation de l'établissement envers sa responsabilité populationnelle. Des ententes et des corridors de services avec les autres établissements viennent optimiser l'offre de services dans les diverses trajectoires de services. L'assemblée générale annuelle du conseil d'administration a été une opportunité utilisée par l'établissement pour promouvoir ses services et renforcer ses partenariats.

LA DIRECTION

L'organisme s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue et intégrée de la qualité en lien avec sa planification stratégique, avec les normes et les critères d'Agrément Canada, et l'approche «Planetree». Le défi actuel consiste à poursuivre l'intégration de la culture d'amélioration continue et intégrée de la qualité dans la nouvelle structure du réseau de la santé et des services sociaux, le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, entre les cycles de visite d'agrément. Cependant, les plans de transitions stratégiques et opérationnels permettent d'assurer le suivi de la planification stratégique avec les leviers en place : les équipes de gestion, les divers comités, les états de situation et un plan de communication. Des outils tels que les projets d'optimisation et le tableau de bord sont des éléments aidants pour assurer la continuité et la performance de l'établissement. L'atteinte de l'équilibre budgétaire au 31 mars 2015 a suscité la fierté de l'organisation, mais il demeure néanmoins, un défi de taille pour les prochaines années, associée à l'intégration dans la nouvelle organisation. Durant cette transition, l'organisation est incitée à poursuivre la consolidation de la culture de sécurité et le développement de son plan d'amélioration de la qualité dans tous les secteurs, assortis d'objectifs mesurables.

Il y a lieu de souligner la qualité des liens avec les divers partenaires impliqués au niveau des soins et des services, par exemple avec la santé publique, les résidences privées et les divers organismes œuvrant dans la communauté.

Un cadre conceptuel en matière d'éthique a été adopté par la direction et approuvé par le conseil d'administration en 2013. On y retrouve les dimensions en lien avec l'éthique clinique, l'éthique de la gouvernance, l'éthique de la recherche et un code d'éthique. Les intervenants des divers niveaux en connaissent le fonctionnement et s'y réfèrent selon leurs besoins. Diverses séances de formation ont eu lieu pour orienter les équipes et les supporter dans leurs situations éthiques.

LA DOTATION DU PERSONNEL ET LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

En 2013, l'organisation a reçu le prix Employeur Pro-jeunes du « Carrefour jeunesse emploi » pour l'encadrement et l'environnement idéal à l'emploi.

Un des enjeux de la planification stratégique porte sur le développement des ressources humaines en s'appuyant sur le partenariat avec les membres de l'organisation et de la communauté. Les orientations découlant de cet enjeu sont de promouvoir le développement et l'épanouissement des personnes œuvrant au niveau de l'établissement et d'assurer la relève des employés, des gestionnaires et des médecins.

Divers éléments sont en place pour prévenir la violence en milieu de travail. En effet, on retrouve une politique concernant la prévention de la violence en milieu de travail, une politique pour contrer le harcèlement, l'abus et la violence des usagers et des familles des usagers envers le personnel, un code de conduite envers les collègues de travail et une politique de prévention et d'intervention en cas de conflit, de harcèlement et de violence dans le milieu de travail.

Diverses stratégies sont déployées pour accroître un sentiment d'appartenance et de fierté. L'attraction et la rétention de nouveaux effectifs demeurent un réel défi, comme au niveau des postes de gestionnaires, des infirmières et des médecins. Au CSSS Val St-François, on retrouve une équipe d'environ 130 bénévoles en soutien aux usagers et aux résidents. Ils sont très impliqués dans le milieu, notamment en centre d'hébergement en milieu de vie. Le comité d'usagers en place, formé de bénévoles, est bien engagé pour jouer pleinement son rôle au niveau de l'organisation.

Depuis la dernière visite d'agrément, les ressources humaines ont connu une grande instabilité au niveau des cadres supérieurs et des cadres intermédiaires. Toutefois, l'équipe en place a poursuivi le travail amorcé pour répondre adéquatement à leur clientèle. Il s'agit donc d'un important défi pour l'organisation de pourvoir à une stabilité des divers effectifs dans le contexte actuel de transition organisationnelle. De même, le développement de la culture de la mesure et l'implantation du processus d'appréciation du rendement dans tous les secteurs de l'organisation sont à compléter.

La direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques a élaboré et mis en place le plan de gestion de changement (Rondeau, 2008). Un plan d'action, des calendriers de suivi administratifs et cliniques et un plan de communication et réalisation en août 2015.

LA PRESTATION DES SOINS ET DES SERVICES

Les orientations concernant les soins et les services sont clairement identifiées dans la planification stratégique et des pointes d'expertise sont développées en milieu de vie selon l'approche centrée sur les soins et les services à la clientèle prônée par l'approche « Planetree », en harmonie avec la vision et la mission de l'organisation, et constituent une source de fierté pour tous. Il y a lieu de souligner les efforts constants fournis par l'équipe de la prévention des infections au sein de l'organisation. Depuis la dernière visite, on note une diminution des éclosions à l'échelle de l'établissement. Lors des projets de rénovation ou de construction, une infirmière en prévention et contrôle des infections participe aux rencontres dès le début des travaux.

L'organisme offre des soins et services dans trois zones distinctes. Le profil et les besoins de la clientèle sont très bien connus et identifiés par les équipes. Leur leitmotiv est de répondre aux besoins de la population dans les plus brefs délais. Les services se donnent à proximité de la population. La collaboration régionale et communautaire est remarquable. Différents programmes créatifs existent selon les problématiques. Des échanges avec les principaux acteurs visent à faire participer les organismes à l'identification des besoins populationnels.

L'accessibilité des services est facile en raison de l'absence des listes d'attente. Les intervenants sont compétents et fiers de leur travail. De plus, ils font preuve de respect et d'humanisme. La gestion des risques fait également partie de leurs priorités afin d'assurer la sécurité de leurs patients. Les équipes interdisciplinaires sont présentes et travaillent en étroite collaboration.

La clientèle est hébergée dans des lieux sécurisés avec une décoration remarquable issue de la philosophie Planetree. Les soins sont donnés par une équipe de travail fière et dédiée à la clientèle.

LA SATISFACTION DES CLIENTS

La rencontre avec les membres du comité des usagers a permis de mettre en évidence que le niveau de satisfaction pour les services rendus est élevé, atteignant un niveau de plus de 90 %, ce qui concorde avec les résultats du sondage effectué par le Conseil québécois d'agrément.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique L'organisme dispose d'une stratégie pour unir ses forces à celles des usagers afin de recueillir des renseignements exacts et complets sur les médicaments des usagers et se servir de cette information aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procèdera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes." Pour les visites d'agrèments qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR." Pour les visites d'agrèments qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Normes sur le leadership 15.8

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Medication reconciliation at care transitions De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété. *Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 12.4 · Soins et services à domicile 6.8 · Services de soins de longue durée 7.8 · Soins ambulatoires 8.4
<p>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</p>	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Prévention et contrôle des infections 8.6

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
6.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un processus pour gérer les changements.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La mission et la vision du CSSS Val St-François sont clairement définies et connues de tous. Le choix des valeurs s'est fait dans une démarche où tous les acteurs de l'organisation ont été impliqués, et ce à tous les niveaux. Elles ont également été communiquées à tous les paliers. Tout au long de la visite, une réelle appropriation des valeurs a été constatée. Les principaux documents produits font état des valeurs de l'organisation.

La vision et le plan stratégique 2010-2015 de l'organisation sont fortement imprégnés des besoins actuels de la communauté et des priorités du réseau de la santé et des services sociaux. L'établissement est très proactif dans l'analyse continue de son milieu pour cerner les changements et les nouveaux défis.

Le personnel d'encadrement est soucieux de communiquer les buts et les objectifs stratégiques et de les harmoniser avec les buts des équipes dans les différentes unités et programmes. Le processus décisionnel implanté auprès des équipes et des niveaux décisionnels supérieurs repose sur une démarche qui tient compte de l'ensemble des dimensions reliées à la vision, aux valeurs, au plan stratégique, aux divers niveaux d'intervenants, aux patients et aux partenaires externes. Les dimensions reliées au cadre de référence intégré de la qualité des services aux usagers, à la gestion intégrée des risques, au cadre conceptuel en éthique, à la philosophie de gestion des ressources humaines, à la validation des collaborations et à la pertinence. L'équipe de direction mérite une mention pour l'intégration de toutes ces dimensions.

Le partenariat est fortement imprégné dans la culture de l'organisation, autant de la direction, du personnel d'encadrement que du personnel terrain. L'organisation a conclu des ententes avec des partenaires intersectoriels, que ce soit en éducation, en services sociaux ou avec les services judiciaires.

Les données populationnelles et les indicateurs de santé sont utilisés pour définir l'offre de services et établir ses priorités en matière de besoin de santé de sa communauté. Les risques qui ont des répercussions sur la santé dans l'environnement social sont pris en compte.

L'organisation est encouragée à poursuivre le développement d'une culture de mesures et de résultats en matière de gestion intégrée de la qualité et de la sécurité.

Dans la foulée de la réforme du système de santé et de services sociaux du Québec, en vigueur depuis le 1er avril 2015, le CSSS Val St-François est dorénavant fusionné avec les autres établissements de la région de l'Estrie et deux autres de la région de la Montérégie pour créer le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. L'organisme regroupe maintenant une centaine de points de services avec 14 installations et dessert une population de près d'un demi-million de personnes. Les effectifs regroupent plus de 17 500 employés, 700 médecins et 340 omnipraticiens.

La structure organisationnelle de la nouvelle organisation est complétée, s'appuyant sur l'humanisme, l'engagement et l'adaptabilité, en lien avec la vision « En Estrie, ensemble innovons pour la vie ». Un plan de transition est en place. Un modèle de performance basé sur les données probantes et intégrant les diverses approches comme Planetree, Lean, Entreprise en santé, etc. a été élaboré. Celui-ci devra être présenté au premier conseil d'administration en octobre 2015 pour leur approbation et sera diffusé par la suite à l'ensemble des acteurs internes et externes. Plusieurs moyens sont actuellement en place pour suivre l'évolution de cette transformation, par exemple la mise en place d'une «Salle de pilotage stratégique, gestion de la transformation».

3.1.2 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'organisation dispose d'un processus de planification et de gestion financière bien défini et bien arrimé avec la planification stratégique et les objectifs annuels. Les gestionnaires sont impliqués dans les différentes étapes de planification et de suivi périodique des ressources et sont appuyés par des politiques organisationnelles et des mécanismes bien définis.

Les dernières années ont demandé des efforts de redressement financier importants dans le cadre des mesures de réduction de dépenses du réseau de la santé et des services sociaux, mais le CSSS Val St-François a néanmoins réussi à maintenir un équilibre budgétaire au cours des 3 dernières années.

Malgré la mouvance au niveau du personnel, l'équipe de direction a su maintenir le cap sur les services à la clientèle et les réductions de dépenses se sont faites au profit de la réorganisation des soins et des services plutôt que sur la réduction des services. L'élaboration des budgets se fait selon un processus déterminé et connu. Il existe des collaborations efficaces entre toutes les directions.

L'équipe est incitée à reprendre son exercice d'évaluation de satisfaction de l'offre de services afin de s'assurer de la qualité de ses services et de procéder aux réajustements nécessaires s'il y a lieu.

Au niveau des ressources immobilières, l'organisation a réalisé de nombreux projets de rénovations. Une des réalisations, dont l'équipe des services immobiliers, est particulièrement fière, c'est le développement durable au plan énergétique orienté sur la certification «LED». Ce projet a eu un impact important sur le maintien de l'équilibre budgétaire.

Le déploiement du système d'information clinique ARIANE a été mis en place par une équipe d'archivistes en septembre 2015, de même que le système OMNI-MED visant les médecins en cabinets privés et les groupes de médecins de famille (GMF) a aussi été mis en oeuvre. Des travaux auront lieu jusqu'en 2017, notamment pour assurer les arrimages nécessaires dans le nouveau CIUSSS de l'Estrie-CHUS, par exemple avec l'introduction d'un index unique pour la finalisation du déploiement des systèmes OMNI-MED (omnipraticiens) intégrant les systèmes ADT (admissions-départs-transferts) et ARIANE (dossier clinique informatisé).

3.1.3 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
2.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre des politiques de santé et de sécurité en milieu de travail qui sont conformes aux lois et règlements pertinents et il en assure le respect.	!
2.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore une politique et une procédure de vaccination du personnel et des prestataires de services, ce qui comprend la recommandation de vaccins précis, au besoin.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Depuis la dernière visite, le secteur des ressources humaines a connu une grande instabilité au niveau des cadres supérieurs et intermédiaires. Depuis 2013, les départs de gestionnaires n'ont pas été remplacés. Au 1er avril 2015, l'ensemble des cadres supérieurs du CSSS Val St-François a quitté l'organisation. Malgré tout, l'équipe en place a soutenu l'organisation en lien avec la réforme québécoise du système de santé et de services sociaux. L'équipe mérite une mention de félicitations pour avoir maintenu le cap sur les principaux dossiers des ressources humaines.

Les rôles et les responsabilités sont clairement définis et sont à la portée de tous, spécifiant de façon explicite les attentes en regard de la prestation sécuritaire des soins et services ainsi que le suivi du patient. Un processus de reconnaissance est en place. Les soins et les services reposent sur des politiques, des procédures et des techniques qui sont bien établies avec une préoccupation constante de donner une prestation sécuritaire des soins, le tout basé sur les meilleures pratiques.

Les politiques et les procédures sont en place concernant la prévention de la violence en milieu de travail et le harcèlement. Une formation spécifique a été organisée pour l'ensemble du personnel.

Sur les dossiers consultés, seulement 4 évaluations de rendement étaient dans les dossiers. L'organisation est incitée à compléter l'implantation de son système d'évaluation au rendement pour tout le personnel. Un calendrier d'évaluation périodique pour les soins de longue durée a été mis en place à compter du mois d'août 2015 et il est prévu qu'il sera suivi et supervisé par la direction.

Le sondage sur le climat de travail a été complété et les résultats n'ont pas mis en évidence d'enjeux majeurs à adresser. Les ressources humaines accordent une grande importance au maintien d'un climat de travail sain et sécuritaire. Des enjeux sur la rétention de certaines catégories d'emplois, comme les infirmières et l'équilibre précaire de l'équipe médicale assurant la couverture de l'urgence mineure, mobilisent des efforts particuliers.

La majorité des employés rencontrés mentionnent l'intérêt, la passion et la fierté de travailler pour le CSSS Val St-François. Toutefois, dans le contexte actuel de réforme québécoise, certains employés rencontrés font état de leur inquiétude quant au maintien de leur poste actuel.

L'équipe mérite des félicitations pour son initiative de créer un comité Cap-Santé mental, avec la collaboration de plusieurs acteurs de la communauté comme le Centre jeunesse, la Sûreté du Québec, etc. pour mieux encadrer et responsabiliser la clientèle vulnérable.


Dans les documents et les employés consultés, il n'existe pas de politiques et procédure de vaccination du personnel. Cependant, on y retrouve des informations sous forme de feuillet ou autres sur les axes d'un programme de vaccination efficace contre l'influenza, un document de l'Institut national de santé publique du Québec, «Promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière : des stratégies efficaces pour rejoindre les travailleurs de la santé». Malgré les rappels et les informations diffusées dans les moyens de communication du CSSS Val St-François, il n'y a pas d'augmentation du taux de vaccination.

Les employés et le personnel d'encadrement bénéficient de programmes de formation internes et d'activités externes sur une base régulière. Les principaux thèmes se rattachent aux orientations stratégiques et aux enjeux et aux préoccupations organisationnelles. Ces formations touchent notamment la réanimation cardio-respiratoire (RCR), la gestion des comportements violents et agressifs (OMÉGA), les modules sur l'allaitement, l'infirmière et son rôle en soins palliatifs, les mesures d'urgence, la gestion de l'intervention, etc. Des formations incontournables ont été ajoutées à la planification à la suite des demandes ministérielles qui doivent être réalisées pour le 31 mars 2016. Par exemple, un programme de formation sur l'approche en fin de vie pour le personnel des CHSLD, le perfectionnement de l'examen clinique, la formation sur les contentions, la formation interne pour tous les préposés aux bénéficiaires et les mesures d'urgence.

Depuis la dernière visite, un guide d'accueil pour les nouveaux employés a été élaboré avec le site Intranet et le personnel visé en fait une évaluation très positive. Des outils spécifiques ont également été élaborés, tels le Guide d'orientation pour les préposés aux bénéficiaires, le Carnet de suivi d'orientation et d'intégration de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire en CHSLD, afin de mieux soutenir ces catégories d'employés dans leur intégration au sein des équipes.

3.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
<p>15.8 L'organisme dispose d'une stratégie pour unir ses forces à celles des usagers afin de recueillir des renseignements exacts et complets sur les médicaments des usagers et se servir de cette information aux points de transition des soins.</p> <p>NOTA : Agrément Canada procèdera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. • Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. <p>15.8.6 L'organisme vérifie si le processus d'établissement du bilan comparatif est respecté, et il apporte des améliorations au besoin.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>

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

L'organisation mérite des félicitations pour la mise en place de son cadre de référence en gestion intégrée de la qualité et gestion des risques. Il en découle un plan d'action et de suivi pour les objectifs de qualité, une cartographie des risques et un plan d'action de sécurité pour la clientèle. L'ensemble de ces éléments a été implanté et des suivis réguliers sont réalisés, incluant des rapports trimestriels aux paliers supérieurs de l'organisation. On y retrouve une équipe engagée et créative.

L'amélioration continue est une priorité stratégique de l'organisation. Il existe une approche d'ouverture et de transparence qui se manifeste à travers les directions et le personnel sur le terrain. Les valeurs qui sous-tendent cette approche reposent sur le respect, le travail interdisciplinaire, la compétence, la compassion et la qualité des soins.

Plusieurs événements sentinelles ont été répertoriés. Ces événements ont été analysés et les recommandations ont été implantées. De même, des analyses prospectives ont été conduites, comme sur l'omission des médicaments à titre d'exemple.

Les politiques sur la déclaration des incidents/accidents et sur la divulgation des événements indésirables sont en place et sont connues de l'ensemble du personnel. Un formulaire standardisé est utilisé pour la déclaration des accidents / incidents.

Les sondages sur la satisfaction de la clientèle et sur le climat de travail ont été analysés et, bien que satisfaisants, l'équipe de direction a utilisé les résultats pour maintenir ou améliorer la qualité et la sécurité de ses services.

Les résultats reliés aux plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité sont communiqués et analysés lors de rencontre du comité de la gestion des risques, durant des séances de formation à l'interne ou à l'externe, lors des rencontres d'équipe interdisciplinaire et sur l'intranet. Les événements sentinelles et les incidents/accidents sont discutés lors des rencontres interdisciplinaires à des fins de sensibilisation et d'amélioration des pratiques.

Au cours de la dernière année, le CSSS Val St-François a reçu très peu de plaintes au niveau des services rendus. Il semble que l'approche Planetree, jumelée au développement du rôle-conseil du commissaire aux plaintes et à la qualité, contribue largement à adresser les insatisfactions avant qu'elles ne se concrétisent en plaintes formelles.

L'organisation a su mettre en place les conditions nécessaires pour responsabiliser l'ensemble des employés et l'équipe de direction et de gouvernance en matière d'amélioration continue de la qualité. La mobilisation et l'engagement de l'équipe des ressources humaines contribuent au développement d'une culture d'amélioration continue.

Les partenaires externes contactés lors de la visite font mention de l'importance de l'engagement, de la collaboration et la fluidité des relations qui existent avec le CSSS St-François.

Une équipe de 130 bénévoles offre ses services pour accompagner ou soutenir la clientèle du CSSS. Tout récemment, une restructuration du comité des usagers a été complétée, dont l'inclusion du comité des résidents. Divers outils d'information reliés à la promotion des droits de l'utilisateur ont été distribués lors de la semaine des bénévoles pour sensibiliser largement les divers niveaux de l'organisation. Des liens sont faits avec le commissaire aux plaintes et à la qualité et les directions du CSSS Val St-François. Depuis la dernière visite, un guide d'accueil pour les bénévoles a été élaboré.

3.1.5 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)

Pour établir son cadre de référence en éthique, l'organisation s'est servie de la norme de gouvernance d'Agrément Canada en matière d'éthique. Le cadre conceptuel qui a été élaboré en 2012 est harmonisé à sa mission et à ses valeurs. Il propose une méthode standardisée pour aborder l'ensemble des questions d'éthique, soit l'éthique clinique, l'éthique administrative et l'éthique de la recherche.

Le processus pour traiter les questions d'éthique est connu et intégré à tous les niveaux de l'organisation. Toute l'organisation est imprégnée des préoccupations éthiques du conseil d'administration jusqu'à la base. Plusieurs moyens sont utilisés pour la diffusion du cadre d'éthique et du processus qui l'accompagne : lors des rencontres des gestionnaires et des équipes, lors de l'accueil des nouveaux employés, sur le feuillet de route des bénévoles et au niveau du document «Aide-mémoire» remis à l'ensemble des cadres de l'organisation pour accompagner le processus décisionnel. Ces moyens sont à la fois formatifs et informatifs.

Le comité d'éthique a été en réorganisation depuis la dernière visite et vient tout juste de tenir sa première réunion. L'organisation est incitée à s'assurer d'apporter le soutien nécessaire au fonctionnement du comité.

3.1.6 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
7.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme consulte régulièrement les partenaires pour évaluer l'efficacité de ses relations avec ceux-ci.	

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

Depuis la dernière visite, la direction des communications a connu une instabilité au niveau de l'encadrement en lien avec un congé de maternité et l'arrivée du projet d'intégration à l'intérieur du CISSS de l'Estrie-CHUS a entraîné des modifications dans la gestion des communications dans l'ensemble de l'organisation.

Depuis 2013, les grandes fiertés de l'équipe des communications reposent sur le projet de reconnaissance «Bronze» du réseau Planetree, premier organisme au Québec à remporter ce prix sur le projet de certification «Ami des bébés» et sur le projet du prix gagnant de l'année au Congrès international Planetree pour la vidéo «Le retour au jeu en CHSLD».

L'équipe des communications utilise toutes les occasions possibles pour faire connaître les projets et les personnes qui y ont contribué.

L'organisation a mis en place un intranet qui vient s'ajouter à la gamme des moyens de communication. L'intranet est digne de mention par sa convivialité, la qualité de son contenu et sa large utilisation par l'ensemble des membres de l'organisation.

Les besoins de communication et d'information ont fait l'objet d'une évaluation pour tous les publics visés, qu'ils soient de l'interne ou de l'externe.

Néanmoins, le défi identifié touche le cheminement de l'information à travers tous les paliers de la nouvelle organisation. Comme aucun sondage de satisfaction de l'offre de services n'a eu lieu depuis 2012, l'équipe est encouragée à relancer les sondages de satisfaction.

3.1.7 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 du Val-Saint-François bénéficie d'un environnement physique qui pourrait être qualifié d'exceptionnel. Le virage du développement durable a été pris, l'efficacité énergétique obtenue dans l'ensemble des bâtiments est à souligner. Les rénovations en 2014 ont été réalisées avec succès et tiennent compte de la sécurité des clients et du personnel .

La gestion de l'entretien des bâtiments, des cuisines, des divers équipements est effectuée de façon très rigoureuse, maîtrisée et le cas échéant avec des ententes contractuelles avec des entreprises de confiance.

Il est à noter aussi que les différents locaux sont propres et bien entretenus.

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

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

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

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

Le plan des mesures d'urgence est complet et des exercices sur les techniques d'évacuation ont eu lieu dans les différentes installations. Un centre de coordination a été mis en place afin de bien gérer les situations d'urgence. Ce centre de coordination est formé du coordonnateur des situations d'urgence, du gestionnaire de garde, d'un gestionnaire-substitut, d'agentes administratives et d'infirmières. Ce comité est en partenariat avec la sécurité civile.

Un comité « Copain régional » a été mis en place regroupant les différents partenaires. Les réunions se tiennent de façon régulière et plus souvent si des situations d'urgences surviennent.

Le plan d'urgence pour sinistre interne et externe en place est connu du personnel et une formation est donnée à tous les nouveaux employés. La formation est d'une journée et est partagée avec la prévention des infections. La formation continue se fait une fois par année par la suite.

Plusieurs situations d'urgences sont survenues et grâce aux exercices pratiques faits annuellement, tout s'est bien déroulé. Les rôles et responsabilités sont définis et un bilan est fait lors de rencontres avec le comité « Copain » et un suivi rigoureux est effectué par les responsables.

La communication avec la communauté et les familles se fait par l'intermédiaire du journal « EPI Estrie » lors de situations de haut niveau.

Les procédures (PON) sont complètes, bien rédigées et mises à jour en 2015.

Les épisodes d'éclosion et de pandémie sont gérés en collaboration avec la prévention des infections et la santé publique. La vigilance et la créativité des moyens à prendre lors de situations d'urgence sont dignes de mention.

Le bon contrôle de la prévention et des mesures prises est un point fort pour cette organisation.

3.1.9 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Le personnel se soucie de bien desservir la clientèle, avec la collaboration des divers partenaires impliqués au niveau de la région. Il existe des trajectoires de services bien définies, autant pour la clientèle hébergée que pour la clientèle répit/dépannage, qui incluent les rôles des divers acteurs et ceux des proches.

Dans un but de cohérence et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services rendus à la clientèle, des formations sont données aux partenaires impliqués dans la trajectoire de services. Divers outils sont également déployés pour faciliter la collaboration et l'implication des divers groupes d'intervenants.

Le principal défi à relever pour la nouvelle organisation est celui de maintenir le niveau actuel de collaboration avec les partenaires et la communauté.

3.1.10 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

Les équipements et appareils médicaux sont bien gérés. Les procédures (PON) sont complètes et mises à jour en 2015. L'inventaire des appareils et équipements est complet. Une planification structurée est exercée lors de remplacement et d'acquisition des appareils. Comme il n'y a pas de département de génie biomédical, les contrats d'entretien sont gérés par les compagnies de chaque appareil et équipement et sont reconduits lors de l'échéance. La maintenance des petits équipements est effectuée par une firme privée. Un calendrier des mesures d'entretien préventif est tenu par les services techniques de l'établissement.

Les appareils propres et souillés sont entreposés séparément. Le retraitement et la stérilisation des appareils se font en collaboration avec le CHU de Sherbrooke. La préparation et l'emballage pour le transport se font selon les normes. Le contrôle de la qualité du retraitement et de la stérilité lors du retour des appareils et équipements est assuré avec rigueur par l'infirmière de la prévention des infections.

Lors de non-conformités, une déclaration d'incident est faite et colligée par le comité de prévention des infections. Un suivi est effectué par le comité et les mesures de correction sont prises. Un procès-verbal des rencontres est rédigé.

Une formation continue sur la préparation et l'emballage des équipements et appareils est donnée au personnel. Une formation est également donnée au transporteur en ce qui concerne la façon de transporter les appareils propres et souillés.

Une grande collaboration entre les services techniques et les différents intervenants est observée.

3.2 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.

Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

- Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments

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.

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.

3.2.1 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	
4.8 L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client.	
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.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	

Il y a eu un progrès considérable pour les analyses de biologie délocalisées (ADBD) depuis le dernier agrément.

Les procédures sont très bien rédigées, répondent aux normes et sont appliquées pour tous les intervenants qui effectuent les ADBD. Les responsables des analyses de biologie délocalisées font un suivi rigoureux pour les intervenants effectuant les ADBD. Le biochimiste est très impliqué dans le processus. Un comité interdisciplinaire est en place et très bien structuré. Ce comité regroupe les conseillères cliniques de l'établissement et des différents centres d'hébergement ainsi que le gestionnaire et l'assistante-chef du laboratoire. Les réunions se font deux fois par année. L'équipe est invitée à rédiger des procès-verbaux après les rencontres. Cet élément serait une valeur ajoutée pour le suivi des recommandations.

L'équipe est encouragée à colliger les données et à les analyser à l'aide d'indicateurs de qualité mesurables afin d'orienter les prises de décision et les pistes d'amélioration par l'élaboration d'un plan d'action.


Une formation pour chaque intervenant avec un test d'évaluation est effectuée. Seuls les utilisateurs ayant atteint les cibles de performance (80 %) sont autorisés à effectuer les analyses de biologie délocalisées (ADBD). L'évaluation sous forme d'examen se fait une fois par année.

On retrouve un grand souci d'offrir des services sécuritaires et de qualité.

3.2.2 Ensemble de normes : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Organismes extra-hospitaliers - Gestion des médicaments	
<p>La gestion des médicaments dans l'établissement a été améliorée de façon notoire et significative grâce à l'entente établie avec le CSSS des Sources en 2012. Dorénavant, l'établissement n'est plus en relation avec les pharmacies communautaires, mais avec la pharmacie du CSSS des Sources, ce qui lui a permis de rehausser de façon significative la sécurité, la qualité dans toute la trajectoire du médicament. En effet, la distribution des médicaments dans les unités des trois CHSLD se fait à même des chariots informatisés et sécurisés ou des cabinets automatisés décentralisés (CAD) depuis novembre 2014 à la suite de l'implantation du système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDEM).</p> <p>Le CSSS du Val-Saint François tire avantageusement bénéfices et profits des expertises déjà mises en place au CSSS des Sources et les équipes travaillent dans une belle collaboration pour finaliser la standardisation et l'uniformisation des pratiques.</p>	

3.2.3 Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
<p>8.6 L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.</p> <p>8.6.1 L'organisme évalue sa conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains en utilisant des méthodes d'observation directe (p. ex., des vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer plusieurs autres méthodes à la fois (deux ou plus).</p>	<p> PRINCIPAL</p>
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Prévention des infections	
<p>L'établissement a suivi les recommandations formulées lors de la dernière visite, en multipliant des stations pour permettre d'assurer l'hygiène des mains. Par contre, l'établissement est invité à maintenir ses efforts d'évaluation de sa conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains en réalisant régulièrement des audits d'observation dans des milieux comme les CHSLD ou en utilisant d'autres méthodes dans les services externes.</p> <p>L'équipe en prévention des infections travaille avec le personnel et les partenaires pour circonscrire et gérer les éclosions de façon remarquable, proactive et respectueuse de la clientèle.</p> <p>Les politiques et procédures seront harmonisées dans le nouveau cadre du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et pour être bien connues du personnel sur le terrain, il y aura nécessité particulièrement dans les CHSLD de bien cibler les médiums de communication à utiliser et éventuellement former le personnel en conséquence.</p>	

3.2.4 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	
3.10 L'équipe évalue et documente le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
15.4 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
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.	!
17.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	!
17.4 L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.	
17.14 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Les services d'imagerie diagnostique ont travaillé très positivement à l'amélioration de leurs délais de transmission des résultats. Les locaux utilisés par ce service sont accueillants et bien conçus pour assurer la prestation. Le personnel est engagé et travaille au sein d'une belle équipe interdisciplinaire.

L'établissement est encouragé à implanter et à suivre des tableaux de bord avec des objectifs d'amélioration de la qualité qui doivent être spécifiques, mesurables, appropriés, réalistes et temporels. L'organisme est aussi invité à se doter d'indicateurs de performance et de résultat, car la communication des données découlant des indicateurs à l'extérieur de l'organisme, permet d'établir des comparaisons significatives avec des établissements qui offrent des services similaires.

3.2.5 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services de laboratoire.	
1.3 L'équipe se réunit au moins tous les deux ans pour passer en revue l'information recueillie auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
6.3 Les compétences de l'équipe sont évaluées après l'orientation, et régulièrement par la suite.	
6.5 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué de façon objective, interactive et constructive.	
11.3 L'équipe révisé ses PON tous les deux ans ou plus souvent si cela est nécessaire.	
24.8 Le système informatique de l'équipe peut fournir un résumé complet de tous les résultats d'une procédure de laboratoire, ainsi que tout événement anormal ou inhabituel.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	

Le gestionnaire responsable du laboratoire et son assistante-chef exercent un leadership actif et la situation du dossier qualité s'est visiblement améliorée par rapport à ce qu'il était lors du dernier agrément. Beaucoup de réalisations sont observées. L'organisme est invité à continuer dans cet élan dans un processus de continuum de l'amélioration de la qualité.

Les programmes de formation et d'orientation lors de l'embauche sont bien montés et un suivi est effectué pour s'assurer de la compétence des technologistes.

Le programme de santé et sécurité du laboratoire et le manuel qualité sont bien montés et sont bien implantés. Le système documentaire est très avancé, les procédures opératoires normalisées (PON) sont complètes et bien conçues. Il reste à mettre à jour les procédures dont plusieurs datent de 2010-2011 et à les réviser tous les deux ans par la suite.

Les procédures de microbiologie ont été révisées en totalité en 2015. Ces procédures sont complètes et rédigées en collaboration avec la microbiologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

Les utilisateurs de services des laboratoires disposent des outils nécessaires pour leur demande d'analyses. Les requêtes sont conviviales et uniformes. Les échantillons sont traités et analysés promptly selon les besoins de la clientèle. Les rapports d'analyses sont clairs et concis. Les contrôles de qualité internes et externes sont effectués dans tous les laboratoires.

Un comité qualité est formé et permet de définir les objectifs et de cibler les améliorations souhaitées. Un compte-rendu est apporté au comité de gestion des risques de l'organisation. Les indicateurs de qualité se font manuellement avec un fichier Excel. L'organisme est invité à rendre l'extraction des données plus conviviale en donnant accès au gestionnaire et à son assistante-chef au rapport paramétrable du logiciel Ariane.

L'organisme est invité à implanter des sondages effectués auprès des utilisateurs et des usagers.

Des indicateurs de qualité sont mesurés, par exemple les temps d'attente et l'heure d'arrivée des spécimens provenant des autres installations. Un suivi rigoureux est effectué dans un continuum d'amélioration de la qualité. Des audits ont été implantés avec un plan d'action et des pistes d'amélioration.

L'équipe est invitée à développer des outils concernant l'évaluation des compétences du personnel de façon continue. Le programme sur l'évaluation du rendement reste à être concrétisé. Le gestionnaire du laboratoire et son assistante-chef ont la volonté d'implanter les volets d'évaluation du rendement et des compétences dans un court délai. Ce qui sera une valeur ajoutée pour la qualité et la sécurité.

Les incidents et accidents sont bien déclarés et un suivi rigoureux est effectué afin de corriger la situation et de bien gérer les risques.

L'organisme est invité à implanter des moyens pour sécuriser l'accès au centre de prélèvement adjacent au laboratoire. L'ajout d'un système avec carte comme celui installé pour le laboratoire serait un atout.

Lors des prélèvements, l'utilisateur est accueilli de façon respectueuse. La confidentialité, le confort et la sécurité de l'utilisateur sont assurés.

Lors du traceur clinique à la salle d'attente pour recevoir les services de prélèvement sanguins, les usagers ont signalé qu'ils avaient de la difficulté à lire les indications sur l'horodateur et qu'il était loin de la salle d'attente. L'organisme est invité à regarder des solutions possibles pour améliorer la qualité des services en ajoutant un horodateur tout près de la salle d'attente et en changeant la couleur des chiffres indiqués sur l'horodateur. Actuellement, les numéros sont indiqués en vert et sont peu visibles. Il est suggéré de les mettre en rouge ce qui améliorera la visibilité.

Les indications pour se rendre à la salle de prélèvement du laboratoire sont déficientes. Les usagers ont de la difficulté à s'y rendre. L'organisme est invité à clarifier les indications pour se rendre au laboratoire à partir de la salle d'attente avec une ligne de couleur au plancher ou par un autre moyen. L'organisme est invité à peaufiner les indications situées sur le panneau indicateur à l'entrée de l'établissement. Les usagers non habitués ont de la difficulté à trouver le laboratoire. L'organisme est aussi invité à ajouter les consignes concernant le prélèvement.

La communication entre les différents services est difficile et laborieuse, ce qui occasionne des délais d'attente très longs pour effectuer les améliorations souhaitées ou pour la réalisation de différents projets. L'organisme est invité à rendre plus fluide la communication entre les différents services afin de favoriser l'efficacité à la réalisation des projets et des demandes.

Le gestionnaire responsable du laboratoire et son équipe dénotent un grand souci d'offrir à la clientèle des services de qualité et sécuritaires.

3.2.6 Ensemble de normes : Services de santé communautaire - Secteur ou service

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

<p>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.</p>	
--	--

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe connaît très bien la clientèle et les services qu'ils offrent. Il existe une très bonne collaboration avec la communauté et les partenaires. L'équipe fixe les objectifs annuels ensemble et les partage avec les équipes de travail. L'équipe a le souci de garder le patient au cœur de leurs actions. L'équipe est fière de ses réalisations telles que la table de concertation (ValFamille), les saines habitudes de vie (Val en Forme) et la certification des amis des bébés. Le tableau de bord donne l'information à la population grâce à l'observatoire en développement de la communauté.

La présence des stagiaires est encouragée par l'équipe. Ceux-ci sont bien intégrés à l'équipe. Les bénévoles sont présents dans différentes activités, dont la campagne de vaccination.

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel est fier et dédié à son travail. Une équipe interdisciplinaire est en place pour répondre aux besoins de la clientèle. Chaque professionnel fait une évaluation de la clientèle en fonction des normes professionnelles de son secteur. Chacun est responsable de son maintien de compétences. Les gestionnaires ont mis en place un processus d'évaluation au rendement. L'équipe est encouragée à poursuivre les activités d'évaluation au rendement.

Un programme d'orientation est présent pour le secteur des soins infirmiers.

Des liens de proximité entre les professionnels favorisent les échanges verbaux. Des rencontres interdisciplinaires ont lieu pour discuter de cas plus complexes ou pour échanger sur les objectifs de l'équipe. De plus, chaque secteur a ses propres rencontres d'échange. Des attentions envers le personnel sont fréquentes, dont la diffusion des bons coups lors de rencontres.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le personnel travaille de concert pour offrir des soins de qualité. L'équipe répond aux demandes de services très rapidement par des mécanismes de référence. Les demandes psychosociales sont acheminées au guichet d'accueil. Les demandes sont analysées selon des critères et une priorisation est faite. Il faut noter que l'équipe a développé des suivis à court terme pour répondre aux besoins de la clientèle. Différents programmes sont en place pour répondre aux besoins de la clientèle enfant jeunesse.

Le travail de partenariat avec les intervenants communautaires est remarquable. Des ententes sont signées. Des rencontres avec les partenaires ont lieu pour améliorer les services, lorsque requises.

Il a très peu de plaintes dans ce secteur. Les questionnaires expliquent cette situation par la proximité du personnel et les actions prises sont rapides lorsque certaines insatisfactions se présentent.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de l'équipe sont sensibles à assurer la confidentialité. Lors de rencontres avec la clientèle, les portes sont fermées. Lors de la formation du personnel, le thème de la confidentialité est abordé. Le personnel a accès à des systèmes d'information faciles d'utilisation selon les intervenants.

Les professionnels veulent donner des soins de qualité. Pour ce faire, ils consultent les données probantes, leurs ordres professionnels, l'internet, etc. Beaucoup de partage de connaissance se fait par les pairs. L'équipe collabore et participe à des activités de recherche en lien avec l'Université. Le partenariat avec la communauté fait partie des principes de l'équipe.


Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe dispose de ressources professionnelles pour répondre aux besoins de la clientèle. Le dernier sondage de satisfaction démontre une grande satisfaction de la clientèle à l'égard de leurs soins. Ceci a été confirmé par les familles rencontrées. Celles-ci mentionnent que le personnel devance l'identification de leurs besoins, ce qui est très apprécié. L'équipe est encouragée à élaborer cette politique. Les questionnaires félicitent leur personnel par de petites attentions.

La sécurité est l'élément essentiel que les intervenants priorisent. Le personnel fait les rapports incident-accidents lorsque requis. L'équipe a un programme d'amélioration continue de la qualité. Des indicateurs sont identifiés et l'équipe en fait un suivi.

Différents moyens de communication sont utilisés pour publiciser les programmes offerts par le service de santé communautaire.

3.2.7 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>12.4 Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur (la personne), la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.</p> <p>12.4.2 Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.</p> <p>12.4.3 L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.</p> <p>12.4.4 Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p> <p>12.4.5 L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p> <p>PRINCIPAL</p>
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe de santé mentale communautaire connaît très bien sa clientèle. Elle répond à leurs besoins et connaît son offre de service. Leur souci premier est de répondre aux besoins de la clientèle, car les intervenants veulent travailler pour le client, et ce dans les plus brefs délais.

L'équipe est sensible à la philosophie de rétablissement et mise sur les principes d'appropriation du pouvoir par les usagers. Ce principe est au coeur des interventions du personnel.

Un guichet de priorisation des demandes est en place et des critères objectifs sont établis. Les demandes sont analysées rapidement par une équipe et le patient est orienté vers le besoin le plus prioritaire au bon intervenant. Il n'a pas de délais d'attente. L'équipe tient à jour des statistiques sur les principaux indicateurs établis par le MSSS.

L'équipe a tissé des liens de partenariat avec les organismes communautaires de la région notamment avec les projets Cap santé mentale, le Rivage et bien d'autres.

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel a les titres et les compétences pour répondre aux besoins des patients. Les professionnels maintiennent leurs compétences en participant à des congrès, en consultant des sites informatiques ou des visioconférences et par la formation entre pairs. L'équipe accueille des stagiaires et les intègre aux activités cliniques.

Chaque professionnel a un programme d'orientation lorsqu'il arrive dans le secteur. Le personnel dit avoir été évalué dernièrement.

Il existe une belle complicité entre les membres de l'équipe interdisciplinaire. Un partage d'information est fait de façon systématique. Le personnel se dit respecté par les gestionnaires et ceux-ci sont satisfaits de leur travail, car ils font la différence pour le patient. Ils abordent les défis ensemble.

L'équipe s'est donné un cadre de référence « ensemble pour aller mieux » pour les services en santé mentale adultes. Cette approche vise à maximiser les forces du patient. L'équipe est encouragée à poursuivre cette philosophie de gestion.

Des activités de reconnaissance sont faites à l'intérieur du service et dans l'établissement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les références de patients patients viennent de l'hôpital, des psychiatres consultants ou autres organismes qui ont à cœur la population. Dès la prise en charge du patient, les différents intervenants font un suivi selon la condition clinique de celui-ci. Les patients sont informés de leurs droits. Dans de rares cas, un plan d'intervention interdisciplinaire est fait.

Un souci de confidentialité émane de l'équipe d'intervenants. La documentation est disponible pour la clientèle afin de les aider à prendre en charge leur santé. La présence de la famille est possible avec l'autorisation du patient. L'équipe encourage le patient et sa famille à participer aux ateliers de formation offerts à l'interne.

Le personnel peut se déplacer à domicile, mais vise à préserver l'autonomie de la personne. Le personnel connaît les principes à respecter afin d'assurer leur sécurité lors des interventions à domicile. Malgré un souci des intervenants d'avoir le profil pharmacologique, le bilan comparatif des médicaments n'est pas fait. L'équipe est encouragée à poursuivre les efforts pour la mise en place du BCM.

Le personnel a reçu de la formation sur l'évaluation du risque suicidaire et en fait un objectif de tous les jours. L'implication des intervenants communautaires dans le processus de prévention du risque suicidaire est à signaler.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Chaque patient a un dossier à jour et complété par tous les intervenants selon les règles de l'établissement. Chaque professionnel inscrit ses notes évolutives de façon informatisée. Ses notes sont accessibles aux autres intervenants du CSSS selon les profils d'accès. Cependant, il existe plusieurs applications cliniques pour retrouver de l'information. L'organisme est encouragé à faire un choix d'un dossier clinique informatisé.

Lorsque de l'information doit être transmise aux autres organismes, l'équipe fait signer une formule d'autorisation. L'équipe implique le patient dans l'élaboration de son plan d'intervention afin d'en faire une intégration individualisée.

L'équipe s'assure de donner les meilleurs soins en se basant sur des données probantes grâce à la collaboration d'organisme sur la santé mentale ou universitaire.


Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme est sensible à assurer la sécurité de son personnel. En effet, le personnel a un bouton panique dans chaque bureau et les intervenants font preuve de stratégie avec leurs collègues lorsqu'ils jugent qu'une rencontre pourrait dégénérer. Après chaque intervention de crise, une évaluation est faite par les intervenants afin d'en faire l'analyse et de proposer des pistes d'amélioration.

Les gestionnaires sont ouverts aux commentaires du personnel en ce qui a trait à la sécurité de la clientèle. À cet effet, l'équipe a mis sur pied une auto-évaluation de sécurité à domicile pour la clientèle.

L'équipe a des indicateurs de suivi dans un contexte d'amélioration continue de la clientèle.

3.2.8 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.15 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.6 L'équipe évalue régulièrement la santé et les besoins bucco-dentaires du résident.	
<p>7.8 De concert avec le résident, la famille ou l'aidant (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.</p> <p>7.8.2 L'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les ordonnances de médicaments rédigées à l'admission, et décèle, règle et consigne tout écart entre les sources d'information.</p> <p>7.8.3 L'équipe utilise les ordonnances établies à l'admission à l'aide du bilan comparatif des médicaments pour produire une liste de médicaments à jour qui est versée dans le dossier du résident.</p> <p>7.8.4 Au moment de la réadmission après un séjour dans un autre milieu de soins (p. ex., en soins de courte durée) ou avant la réadmission, l'équipe compare les ordonnances de médicaments rédigées au congé à la liste des médicaments à jour; elle décèle, règle et consigne tout écart entre les deux.</p> <p>7.8.5 L'équipe remet au résident et au prochain prestataire de soins (p. ex., un autre établissement de soins de longue durée ou un prestataire de soins dans la communauté), selon le cas, la liste complète des médicaments que le résident prenait à sa sortie du milieu de soins de longue durée.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>
9.4 L'équipe, le résident et la famille travaillent ensemble à la mise à jour du plan de soins (ou du PII) au fur et à mesure que les besoins, les souhaits et l'état de santé du résident changent.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe connaît très bien le profil de sa clientèle à partir des données populationnelles. Les services sont offerts sur trois sites distincts. Il n'a pas de liste d'attente. Au besoin, des ententes de service sont prises avec les partenaires du réseau.

Les gestionnaires visent à harmoniser les politiques et les procédures pour le secteur hébergement. Les buts et objectifs sont définis en lien avec les approches ministérielles qui servent de cadre de référence.

La politique pour la vaccination anti-pneumocoque est en vigueur et respectée. Un nouveau système de fonctionnement pour les équipes de soins infirmiers est en cours. L'équipe est encouragée à s'assurer de la compréhension du personnel dans la poursuite de cet objectif et à trouver des mécanismes de communication pour s'assurer de l'adhésion des équipes de travail.

L'équipe a pour objectif de répondre aux besoins des résidents en ayant le souci d'un milieu de vie. Elle souhaite que le résident se sente chez eux. Plusieurs moyens créatifs sont mis en place pour répondre aux objectifs.

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel est fier de leur travail. Il a l'impression de faire la différence pour la clientèle. Selon les résidents, le personnel est attentionné, respectueux et soucieux de répondre à leurs demandes. Le personnel mentionne une surcharge de travail. L'organisme est à revoir la structure dans certains secteurs afin de trouver des moyens pour permettre de donner des soins dans un environnement agréable et stimulant.

Une équipe interdisciplinaire est en place. Des rencontres interdisciplinaires ont lieu dans chacun des sites tous les mois. Des rencontres peuvent se faire au besoin dans les cas complexes. La formation du personnel est offerte en lien avec la clientèle hébergée. Un programme spécifique de formation pour la clientèle d'hébergement est disponible. Le personnel a les compétences exigées pour prendre soin de la clientèle. Les préposés aux bénéficiaires ont reçu la formation « Agir pour prévenir ». Cette formation vise au respect des droits des usagers par les intervenants. Cette formation a été appréciée par les préposés qui l'ont reçue.

Un programme d'orientation pour le personnel infirmier qui obtient un poste en hébergement est disponible. En raison de la rareté de leur utilisation, le personnel aurait recours au secteur clinique de la DSI pour de la formation ponctuelle sur les pompes à perfusion. De plus, les conseillères en soins infirmiers et en prévention des infections sont disponibles pour le personnel lors d'interrogations ou support clinique. Un programme d'évaluation au rendement est commencé pour les trois sites. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts dans cet objectif d'amélioration.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les plans de travail sont produits quotidiennement pour les préposés. Cet outil est mis à jour selon les commentaires des préposés aux bénéficiaires et des observations lors de la rencontre quotidienne. L'organisation du travail varie quelque peu d'un site à l'autre. Dès l'arrivée des résidents, un guide d'accueil leur est remis. Ce guide donne beaucoup d'informations sur le nouvel environnement, les services offerts, la sécurité, etc. Ce guide est très apprécié de la clientèle.

Les mécanismes d'accès aux services en hébergement sont gérés par un gestionnaire du CSSS. La prise en charge du résident est bien effectuée. Dès l'admission, une évaluation est faite afin de connaître son profil. Cette évaluation est refaite selon un protocole établi.

Chaque résident a un plan de soins infirmiers qui est mis à jour quotidiennement. Chaque résident a un plan thérapeutique infirmier. Pour certains patients, il date de plusieurs mois. Également, il a un plan d'intervention interdisciplinaire. Cependant, le résident ou sa famille ne participe pas à la rencontre. Le PII est diffusé au résident et à sa famille après la rencontre.

L'équipe a un souci en ce qui a trait à la prévention des plaies de pression. Le protocole est respecté et les évaluations sont faites au temps opportun. Les notes d'observation sont faites selon la procédure établie par l'organisme. Il n'y a pas de processus pour l'auto-administration de médicaments.

Le personnel infirmier de la longue durée a fait à plusieurs changements technologiques. Notons le circuit du médicament avec l'arrivée des chariots à médicaments, les nouveaux glucomètres et le système informatique Ariane.

Le niveau de soins est discuté avec le résident et la famille. Le niveau de soins peut être réajusté par l'équipe médicale à la suite d'une détérioration clinique. L'usage de la contention est limité. Des méthodes alternatives sont utilisées pour éviter son utilisation. Les résidents ont la possibilité de décorer leurs chambres et d'avoir des objets personnels. La décoration des unités est remarquable. Le tout est inspiré de l'approche Planetree.

Toutes les unités ont des portes codées pour assurer la sécurité des clientèles atteinte de troubles cognitifs.

En cas de transfert dans un autre milieu, le résident et la famille sont informés dans les plus brefs délais. Un processus est mis en place et l'information est transmise au centre receveur. Le profil pharmacologique est mis à jour et également transmis. Malgré des efforts pour obtenir le MSTP, le BCM n'est pas fait.

Les résidents ont accès à des activités de loisirs dans chacun des sites. Ces activités sont très attendues et appréciées par les résidents. L'équipe a fait preuve d'initiative et de créativité notamment avec la journée intergénérationnelle, les sports gériatriques et la journée de rêve pour les résidents. L'équipe des loisirs vise à augmenter la qualité de vie au travail et procurer un environnement agréable.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Chaque résident a un dossier unique pour l'ensemble des professionnels. L'équipe fait tout en son pouvoir pour faire respecter la vie privée et la confidentialité. Le personnel a reçu de la formation sur les technologies de l'information.

Les besoins sont exprimés par le personnel pour augmenter le parc informatique et une plus grande utilisation des outils informatiques. L'organisme a mis en place des mécanismes de communication aux points de transition sur les unités de soins.

Les préposés aux bénéficiaires participent au partage de l'information.

Toutes les chambres sont équipées de lève-patients sur rail. Le matériel utilisé pour les bains ou les douches est sécuritaire et répond aux standards de la sécurité. Les corridors sont dégagés et sont munis de rampes. Les portes sont sécurisées avec un code pour assurer la sécurité des patients.


L'organisme est encouragé à revoir l'emplacement du poste de garde du site Windsor. Le poste est très éloigné de la clientèle qui est dans la nouvelle section, ce qui a pour effet de créer un sentiment d'insécurité et beaucoup de déplacements pour le personnel.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a un objectif d'harmonisation clinique des différents secteurs. Les ressources sont distribuées équitablement tout en tenant compte des contraintes physiques du milieu. Le personnel en hébergement a une culture de déclaration des incidents-accidents. La double identification est faite de façon systématique, ce qui est confirmé par les résidents rencontrés. La démarche dans le secteur Valcourt, « ensemble on fait la différence », a porté des fruits et le personnel mentionne que l'entraide et le climat de travail se sont améliorés.

Le personnel est en mesure d'identifier les risques pour leur secteur. Il prend les mesures appropriées pour les éliminer en appliquant des mesures préventives. Il est à noter la discussion sur les incidents-accidents en rencontre d'équipe afin de trouver des moyens de faire la prévention ou de trouver des solutions. Une évaluation de la satisfaction de la clientèle est faite de façon périodique. Cependant, les résultats sont peu diffusés.

3.2.9 Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.2 Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services de soins ambulatoires sont mesurables et précis.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.7 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.9 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
5.3 Les chefs d'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et en utilisent les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>8.4 De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p> <p>*Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p> <p>8.4.1 L'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et il consigne cette information.</p> <p>8.4.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, l'organisme précise à quelle fréquence il faut répéter le bilan comparatif des médicaments et il consigne cette information.</p> <p>8.4.6 Quand les écarts sont réglés, l'équipe met la liste de médicaments à jour et la conserve dans le dossier de l'utilisateur.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

10.9 L'équipe fait un suivi auprès des clients et des prestataires de services pour déterminer si les services ambulatoires fournis ont contribué à l'atteinte des buts du client et aux résultats attendus, et elle utilise ces renseignements pour déceler et supprimer les obstacles qui empêchent le client d'atteindre les buts et les résultats attendus de son plan de services.

12.6 Après le transfert ou la fin de services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

18.1 L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès des clients, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe des services de soins ambulatoires offre des prestations de qualité, elle est encouragée à centrer ses objectifs en lien avec les orientations stratégiques de l'organisme avec des objectifs mesurables, réalistes, et planifiés.

Processus prioritaire : Compétences

Les équipes interdisciplinaires sont compétentes, possèdent les titres nécessaires à leurs fonctions, reçoivent des formations continues qui visent à répondre à leurs besoins de perfectionnement. Les responsables hiérarchiques sont encouragés à s'organiser pour assurer aux membres des équipes un temps personnel réservé à leur évaluation.

Les gestionnaires sont aussi encouragés à documenter le rendement du personnel sous leur responsabilité, au niveau de l'organisation des tâches, de la description des postes, des rôles inhérents à la pratique, l'attribution des dossiers, etc.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les services de soins ambulatoires offrent à la population dans trois communes du territoire du CSSS, une belle gamme de services. La numérisation des dossiers, l'implantation du logiciel Ariane, l'autonomie professionnelle des infirmières pivots facilitent les interfaces entre les services, les médecins, les partenaires et les usagers.

Une liste d'attente (1700 patients) s'est reconstituée pour la clientèle orpheline à la suite du départ de plusieurs médecins, un travail de recrutement médical sera à nouveau urgent.

La participation, la responsabilisation des usagers à leur plan d'intervention sont largement favorisées. L'équipe est encouragée à mettre en place des méthodes qualitatives et quantitatives pour aller chercher des renseignements auprès des clients ou de leurs familles éventuellement, pour s'assurer de l'atteinte des objectifs poursuivis par le client avec son plan de services.

Le déploiement du bilan comparatif des médicaments est à finaliser.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les différentes équipes des soins ambulatoires sont investies, formées, travaillent dans les cadres des programmes qui leur sont dévolus, participent à des tables régionales et sont proactives.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs programmes ont été mis en place, comme le programme sur les saines habitudes de vie, le programme « agir sur sa santé » et le programme « pied », pour améliorer la santé de la population et prévenir certaines maladies chroniques.

Les équipes sont formées à gérer les risques et à déclarer les incidents et accidents s'ils se présentent, afin d'améliorer la qualité des services, mais aussi afin de renforcer la sécurité des usagers. Dans cette perspective, elles sont invitées à établir des objectifs et par conséquent des indicateurs mesurables, pour parfaire le suivi de leurs activités d'amélioration de la qualité.

3.2.10 Ensemble de normes : Soins et services à domicile - Secteur ou service

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

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



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

PRINCIPAL

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

SECONDAIRE

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

PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe connaît très bien sa clientèle et ses besoins. Elle répond à leurs besoins rapidement. Elle analyse ses besoins et établit ses priorités en conséquence. Elle a des liens étroits avec la communauté et elle diffuse les services offerts grâce à différents médias.

Elle établit ses buts et objectifs et en fait la mesure de façon régulière. L'équipe a une approche interdisciplinaire qui répond aux besoins de la clientèle selon leur champ de compétence.

L'équipe fait le suivi des indicateurs de façon annuelle et en fait l'analyse.

Le comité des partenaires des proches aidants est une belle réussite d'un partenariat régional pour répondre aux besoins de la clientèle.

Processus prioritaire : Compétences

Le personnel est formé et compétent. Les différents titres d'emploi ont leurs descriptions de fonctions. Un programme d'orientation est fait pour les nouveaux employés. L'ajout d'infirmières auxiliaires en soins à domicile a permis une meilleure utilisation des ressources infirmières. L'équipe est encouragée à faire une évaluation régulière des compétences des auxiliaires familiales. Par contre, celles-ci savent à qui se référer lors de situations particulières.

Malgré le fait que l'équipe interdisciplinaire collabore très bien, il n'a pas de formation sur cette approche. Le personnel a eu de la formation générale sur les principes de gestion de risque et de sécurité et les applique. Le personnel sait comment réagir si des comportements agressifs dans un milieu de soins à domicile se présentent.

Le processus d'évaluation au rendement est amorcé et l'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe est composée de professionnels compétents. Ces personnes communiquent entre elles lors de rencontre interdisciplinaire pour discuter du plan de traitement. Chaque patient a un plan d'intervention interdisciplinaire.

Toutes les demandes de service sont acheminées à l'accueil santé. Les demandes arrivent par différents moyens. Lors de l'admission d'un nouveau patient, une série de documents est complétée. Les délais d'attente sont très courts pour l'ensemble des professionnels. En cas de besoin urgent, l'équipe modifiera ses priorités afin de répondre avec diligence à la demande.

Le consentement de l'utilisateur est implicite. Le personnel traite le patient avec respect et empathie et il a un souci pour assurer des soins de qualité et sécuritaires. Le vouvoiement est utilisé. L'utilisateur est informé de ses droits et connaît la procédure en cas d'insatisfaction. À cet effet, un guide est remis lors de la première visite portant sur différents points, dont l'aspect sécurité. Une évaluation de la sécurité à domicile est faite.

L'atelier des partenaires sur les proches aidants est très apprécié et surtout un bel exemple de collaboration communautaire.

Un programme de prévention des chutes est en place au centre de jour. Le groupe « activités pieds » est en vigueur pour guider la clientèle vers des activités pour prévenir les chutes. La clientèle se dit très satisfaite de cette activité.

Un parc d'équipement est disponible pour la clientèle à domicile afin de favoriser le maintien à domicile des patients. Par contre, il n'a pas de programme d'entretien préventif pour assurer une utilisation sécuritaire.

Il est suggéré à l'organisme d'avoir un programme structuré d'entretien pour ledit matériel.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe respecte la confidentialité et l'intimité de la clientèle. La présence du dossier informatisé RSIPA permet un suivi du patient dans tout le territoire du CSSS Val St-François pour les professionnels. À cet effet, le consentement du patient est exigé. Les besoins informatiques sont identifiés. L'organisme est invité à faire des choix informatiques qui vont permettre l'interopérabilité des données.

L'équipe se fie aux données probantes et aux guides cliniques pour orienter leurs pratiques professionnelles. Les membres se partagent l'information sur les nouvelles pratiques.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Des rencontres d'équipe ont lieu régulièrement et la philosophie de gestion collaborative est privilégiée. En cas d'incidents ou d'accidents, un formulaire AH-223 est complété et l'analyse est faite par le gestionnaire. Un consentement est alors exigé.

L'organisme produit des statistiques sur différents aspects de son service. Une analyse est faite et des actions sont prises en conséquence.

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

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

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

La CQA appuie cette définition de la mobilisation : « Mobiliser les employés, c'est les inciter à améliorer la qualité de leur travail, à s'aligner sur les priorités organisationnelles et à se coordonner, en mettant en place des pratiques de gestion qui ne les laissent pas indifférents, mais qui, au contraire les rejoignent »(1).

En misant sur la mobilisation, une organisation favorise l'intégration et l'appropriation, par l'ensemble de son personnel, de sa vision et de ses objectifs. Ainsi, dans le développement d'une « culture clientèle », l'organisation est invitée à mettre en place les conditions susceptibles de responsabiliser l'ensemble des employés face à la recherche de l'excellence et face à l'amélioration continue de la qualité, à fournir à ses employés les outils, la reconnaissance du travail bien fait, le soutien et la marche de manœuvre nécessaire pour qu'ils se mobilisent et à favoriser le maintien d'un climat propice à la collaboration entre les personnes et entre les équipes.

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

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

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

Principaux résultats par indicateurs au sondage réalisé par le CSSS sur la mobilisation du personnel :

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

Code couleur	Indicateurs	Organization n = [NValue]			Autres établissements du Quebec n = [NValue]		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	80,00	78,00	82,00	77,00	72,00	81,00
JAUNE	Implication	81,00	79,00	82,00	77,00	72,00	82,00
JAUNE	Collaboration	80,00	77,00	82,00	78,00	72,00	83,00
JAUNE	Soutien	75,00	73,00	78,00	70,00	62,00	76,00
JAUNE	Communication	73,00	71,00	76,00	68,00	60,00	75,00
JAUNE	Leadership organisationnel	68,00	66,00	71,00	63,00	52,00	71,00
JAUNE	Leadership du gestionnaire	79,00	76,00	82,00	77,00	70,00	82,00
VERT	Environnement de travail/sécurité	77,00	75,00	80,00	69,00	63,00	74,00

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

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

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

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

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

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

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

(2) Horowitz, J. (2000)

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

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

Principaux résultats par type de clientèle et par indicateurs au sondage réalisé par le CSSS sur la satisfaction de l'expérience client :

Clientèle hébergement :

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

Code couleur	Indicateurs	Organization n = [NValue]			Autres établissements du Quebec n = [NValue]		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
VERT	Relation avec le client	91,00	89,00	93,00	85,00	84,00	88,00
VERT	Prestation professionnelle	90,00	87,00	93,00	83,00	81,00	87,00
VERT	Organisation des services	90,00	87,00	92,00	82,00	81,00	86,00

Clientèle CH et CLSC :

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

Code couleur	Indicateurs	Organization n = [NValue]			Autres établissements du Quebec n = [NValue]		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	93,00	92,00	94,00	91,00	90,00	93,00
VERT	Prestation professionnelle	91,00	90,00	92,00	88,00	86,00	90,00
VERT	Organisation des services	90,00	89,00	91,00	87,00	85,00	89,00

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 usagers 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 parties prenantes 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 dispositifs 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 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	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
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.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

Processus prioritaire	Description
Impact sur les résultats	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
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.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic - Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic - Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.