

**Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément**

Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux des Sources

Asbestos, QC

Dates de la visite d'agrément : 15 au 19 mars 2015

Date de production du rapport : 13 avril 2015



**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 des Sources (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 mars 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	13
2.0 Résultats détaillés de la visite	16
2.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	17
2.1.1 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	17
2.1.2 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	19
2.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	21
2.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	22
2.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	24
2.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	26
2.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	27
2.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	28
2.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	30
2.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	31
2.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	32
2.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	33
2.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	34
2.2.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	34
2.2.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées</i>	36
2.2.3 <i>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections</i>	37
2.2.4 <i>Ensemble de normes : Service des urgences</i>	39
2.2.5 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	41
2.2.6 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux</i>	42
2.2.7 <i>Ensemble de normes : Services de médecine</i>	44
2.2.8 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire</i>	47
2.2.9 <i>Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients</i>	49
2.2.10 <i>Ensemble de normes : Services de soins de longue durée</i>	52

<i>2.2.11 Ensemble de normes : Services transfusionnels</i>	54
<i>2.2.12 Ensemble de normes : Soins ambulatoires</i>	55
<i>2.2.13 Ensemble de normes : Soins et services à domicile</i>	57
3.0 Résultats des outils d'évaluation	59
3.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	59
3.2 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	63
3.3 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	65
3.4 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)	67
Annexe A Processus prioritaires	69

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 des Sources (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 des Sources a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention d'honneur

L'organisme atteint le plus haut niveau de résultats possible et fait preuve d'excellence dans sa conformité aux exigences du programme d'agrément.

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 15 au 19 mars 2015**

- **Emplacement**

L'emplacement suivant a été évalué pendant la visite d'agrément.

- 1 CSSS des Sources

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

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

Normes sur l'excellence des services

- 5 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables
- 6 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 7 Soins et services à domicile
- 8 Soins ambulatoires
- 9 Services de santé communautaire
- 10 Services d'imagerie diagnostique
- 11 Services de médecine
- 12 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 13 Services transfusionnels
- 14 Services de laboratoires biomédicaux
- 15 Services de soins de longue durée
- 16 Service des urgences









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance
- 2 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
- 3 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)
- 4 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.)	76	0	0	76
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	76	0	0	76
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	463	0	40	503
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	134	0	2	136
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	161	0	1	162
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	50	0	2	52
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	829	3	27	859
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	59	0	2	61
Total	1848	3	74	1925

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur la gouvernance	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	74 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Normes sur le leadership	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	85 (100,0%)	0 (0,0%)	0	131 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Prévention et contrôle des infections	39 (100,0%)	0 (0,0%)	2	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Gestion des médicaments	65 (100,0%)	0 (0,0%)	13	61 (100,0%)	0 (0,0%)	3	126 (100,0%)	0 (0,0%)	16
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	37 (100,0%)	0 (0,0%)	1	44 (95,7%)	2 (4,3%)	2	81 (97,6%)	2 (2,4%)	3
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	50 (100,0%)	0 (0,0%)	3	61 (100,0%)	0 (0,0%)	2	111 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Service des urgences	47 (100,0%)	0 (0,0%)	0	74 (100,0%)	0 (0,0%)	6	121 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Services d'imagerie diagnostique	58 (100,0%)	0 (0,0%)	9	66 (100,0%)	0 (0,0%)	2	124 (100,0%)	0 (0,0%)	11

PROGRAMME CONJOINT

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 laboratoires biomédicaux	68 (100,0%)	0 (0,0%)	3	101 (99,0%)	1 (1,0%)	1	169 (99,4%)	1 (0,6%)	4
Services de médecine	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (100,0%)	0 (0,0%)	1	101 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Services de santé communautaire	17 (100,0%)	0 (0,0%)	0	56 (100,0%)	0 (0,0%)	0	73 (100,0%)	0 (0,0%)	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
Services de soins de longue durée	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	94 (100,0%)	0 (0,0%)	0	134 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services transfusionnels	61 (100,0%)	0 (0,0%)	14	62 (100,0%)	0 (0,0%)	5	123 (100,0%)	0 (0,0%)	19
Soins ambulatoires	37 (100,0%)	0 (0,0%)	5	76 (100,0%)	0 (0,0%)	1	113 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Soins et services à domicile	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	54 (100,0%)	0 (0,0%)	0	98 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	704 (100,0%)	0 (0,0%)	50	1080 (99,7%)	3 (0,3%)	23	1784 (99,8%)	3 (0,2%)	73

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins et services à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Service des urgences)	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 médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services transfusionnels)	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)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (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 (Service des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Transfert de l'information (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 (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Service des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	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
Prévenir la congestion au service des urgences (Normes sur le leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
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)	Conforme	1 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
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 : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Service des urgences)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Soins efficaces des plaies (Soins et services à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1

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.

L'établissement est composé d'une seule installation qui regroupe des soins généraux et spécialisés, un CLSC, un centre d'hébergement et un groupe de médecine familiale (GMF) intra et extra muraux. Il assure les services en santé physique et en santé mentale pour une population d'environ 15 000 personnes. Le budget de fonctionnement se situe autour de 25 millions \$. La population du territoire est la plus âgée et la plus démunie de la région.

Le CSSS peut compter sur des équipes dédiées, compétentes, dévouées et créatives, qui ont à cœur la satisfaction des besoins des usagers. Elles visent à mieux les outiller pour leur rétablissement et la prise en charge de leur santé et de meilleures habitudes de vie.

Le conseil d'administration prône les valeurs de respect, d'intégrité, d'humanisme, d'engagement, de confiance et d'autonomie. Il est caractérisé par la diversité des expertises de ses membres et par la connaissance des besoins de sa population. Il est informé, structuré et présent sur son territoire et dans son milieu.

Les services sont bien organisés. Les valeurs organisationnelles sont bien intégrées parmi le personnel. Le personnel travaille avec une grande préoccupation qualité et sait pourquoi il le fait.

La planification stratégique a été réalisée au cours des cinq dernières années. Elle a été révisée en cours de route afin de s'ajuster aux nouvelles réalités du milieu. Six axes stratégiques ont été identifiés soit : le développement de l'autonomie, la coordination des ressources, la communication, les ressources humaines, ainsi que l'intégration des soins et services et la mise en place de standards de qualité élevés. Le plan d'organisation a été révisé en 2014. La région est actuellement aux prises avec des départs de médecins et des efforts intensifs de recrutement sont mis en place.

Les partenariats sont nombreux, autant au niveau administratif que clinique. L'ensemble de la région est mobilisé vers le mieux-être et la réponse aux besoins de la population.

Le milieu a eu à faire face à des enjeux budgétaires importants au fil des dernières années et a su se mobiliser pour revoir ses structures sans influencer les services à la population. L'organisation est à développer depuis plusieurs mois une culture d'amélioration continue de la qualité par la mise en place de projets Lean. L'établissement a le défi de survivre aux compressions tout en optimisant les services et en permettant au CSSS de s'améliorer, d'être constamment à l'écoute et de répondre aux besoins des usagers.

Le suivi des recommandations antérieures a été fait rigoureusement et les résultats sont tangibles sur le terrain. Lorsque des éléments à améliorer sont apportés, l'équipe de gestion et le personnel s'assurent d'en faire des suivis rapides et vérifient leur réalisation à partir d'audits.

La documentation clinique et administrative est présente et importante dans tous les secteurs d'activités. La gestion documentaire est implantée partout, ce qui facilite le repérage et les mises à jour. La documentation est rigoureuse, de grande qualité et est inspirée des lignes directrices et des données probantes.

L'ensemble des procédures a été révisé. Tout le personnel bénéficie de formation sur les nouvelles pratiques et sur tous les aspects reliés à la qualité et à la sécurité des usagers.

Le bilan comparatif des médicaments est implanté dans tous les secteurs de soins et services. Toutes les autres pratiques organisationnelles requises sont conformes.

La qualité des continuums de soins est à souligner, de même que les liens avec les partenaires et les réseaux intégrés de services. Les intervenants n'hésitent pas à aller chercher des outils qui sont utilisés ailleurs et à les améliorer. Les programmes sont structurés et évalués. Des cadres de référence existent et sont utilisés. Les données probantes et les meilleures pratiques sont utilisées. Les programmes sont complets et comprennent tous une portion d'évaluation. Il se vit à l'intérieur de l'organisation une importante culture de la mesure et du partage des résultats. Il existe des indicateurs qualité dans tous les services et pour tous les programmes.

L'interdisciplinarité est présente partout. Les intervenants devraient diffuser leurs meilleures pratiques à l'extérieur de leurs murs en vue d'en faire bénéficier les usagers des autres régions.

La gestion des ressources humaines est adaptée aux besoins de la population et de l'organisation. La réputation de l'organisation et les initiatives en matière de gestion des ressources humaines en font un milieu attractif. Soulignons à cet effet l'initiative pour la mise en place des équipes volantes et des postes combinés de coordonnatrices d'activités. Les responsabilités dévolues à ces gestionnaires les impliquent dans le développement quotidien de l'organisation et assurent une communication constante entre les différents intervenants sur tous les quarts de travail.

La qualité du climat de travail est à souligner. De nombreuses initiatives de qualité de vie au travail et de reconnaissance sont mises en place.

Plusieurs autres innovations sont notées dans l'ensemble des secteurs. Prenons en exemple les thérapies de groupe en réadaptation, les tableaux de bord, le transfert d'information, le plan de communication, la signalisation, les outils, le journal Saviez-vous que..., les planifications annuelles et autres. Le personnel est invité à participer et y répond favorablement.

Nous devons de plus souligner la proximité qui existe entre les services diagnostiques et thérapeutiques et les soins infirmiers. Les communications sont fluides et la collaboration présente et sentie est remarquable. D'ailleurs, le secteur du laboratoire biomédical peut être qualifié d'exemplaire et servir de modèle.

Le CSSS est performant. Il se démarque par rapport aux autres établissements de la région au niveau des cibles ministérielles et des attentes administratives. La gestion budgétaire est rigoureuse et participative. Les immobilisations sont dignes de mention. Des travaux de mise à niveau ont cours régulièrement afin de maintenir l'intégrité et la qualité des installations. Les corridors et les espaces d'entreposage sont propres, dégagés et aérés.

Le plan des mesures d'urgence est connu et complet. Des formations et des exercices de simulation sont faits, régulièrement, afin de maintenir les réflexes d'intervention chez les membres du personnel, les médecins et les résidents.

Le personnel est fier de ses réalisations. Nous sentons à l'intérieur de l'organisation un état d'esprit et une approche complètement centrée sur le patient. Cette approche vise la qualité technique, les meilleures pratiques, la pertinence et la rapidité d'intervention. Il y règne un climat d'interdisciplinarité, de complicité et d'engagement. La sécurité des soins est vue et vécue. Elle fait partie de l'essence de l'organisation.

On ne sent pas dans les rapports quotidiens avec la clientèle, les enjeux actuels financiers et de réorganisation, ce qui démontre une grande maturité des intervenants.

Les forces identifiées par les intervenants sont la communication, le milieu plus familial, la grande collaboration et le partenariat. Les défis principaux consisteront à conserver l'essence de la région avec la mise en place de la nouvelle structure. Ils sont d'avis de continuer à se faire reconnaître en tant qu'organisation, de travailler à abaisser les barrières pour optimiser les compétences, en considérant qu'il y a toujours un humain derrière toute orientation, toute intervention et toute décision et enfin, de conserver les services.

Section 2 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 recourent 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.

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

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

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

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

2.1 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.

2.1.1 Processus prioritaire : Gouvernance

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

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

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

Le conseil d'administration peut être défini par sa rigueur, ses compétences, sa continuité et son grand souci d'offrir les meilleurs services possible à la population. Ses membres sont pour la plupart impliqués depuis de nombreuses années à l'intérieur de la communauté.

Un profil de compétence rigoureux est suivi pour le recrutement des nouveaux membres. Avant leur première séance, ils sont rencontrés par le président et le directeur général pour une session de formation individuelle et complète. Tous les membres du conseil d'administration bénéficient de sessions de formation en cours de mandat.

Les rencontres du conseil d'administration sont préparées par le président et le directeur général. La documentation nécessaire est acheminée aux membres avant chaque rencontre. Un document de présentation résume les enjeux liés à chaque discussion ou chaque décision.

Les membres participent aux rencontres, se respectent entre eux et soutiennent la décision prise. Ils sont rapidement informés de tout ce qui concerne l'organisation. Les suivis sont rigoureux et les décisions sont prises avec le souci de la qualité et de la sécurité des services aux usagers et aux résidents. Les comités sont fonctionnels et jouent bien leur rôle. Ils étudient à fond les dossiers qu'ils présentent au conseil d'administration en vue d'une décision.

Les membres du conseil d'administration ont mis en place un tableau de bord composé des indicateurs qu'ils tiennent à suivre. Ils revoient de façon trimestrielle les indicateurs qualité. Ils favorisent les initiatives et la créativité.

Le conseil d'administration privilégie la promotion interne des ressources humaines. La philosophie de l'organisation est de préparer la relève et de la développer, à l'intérieur du milieu. Les membres se font un point d'honneur de reconnaître les bons coups du personnel, des bénévoles et des médecins.

La planification stratégique antérieure a été revue annuellement et les objectifs ont pour la plupart été atteints. L'organisation doit maintenant se positionner à l'intérieur d'un nouvel exercice lorsque les directives du MSSS à ce sujet seront connues.

De façon générale, le conseil d'administration se caractérise par sa couleur, sa connaissance du milieu, le partage des valeurs, la complicité et le respect entre les membres, le travail d'équipe, le souci de la qualité des soins pour la population de laquelle ils sont proches.

Les membres du conseil d'administration ont le sentiment du devoir accompli lorsqu'ils regardent l'organisation. À la fin de leur mandat, ils laisseront un établissement et une organisation en santé.

Plusieurs défis se présentent à eux concernant l'avenir. Ils sont soucieux de la continuité, du bien-être des gens et de la qualité des soins. Ils souhaitent que la communauté ait encore une voix pour porter les intérêts de la population à l'intérieur de la future organisation de soins du territoire.

2.1.2 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

La dernière planification stratégique effectuée touche à sa fin et l'organisation attend les directives du MSSS et du CIUSSS avant d'entreprendre l'exercice. L'exercice précédent a été effectué en fonction des besoins de la population, basé sur les données sociodémographiques, sur la performance et sur les problèmes identifiés par le milieu et par les partenaires. Cet exercice s'est caractérisé par une revue de la mission, de la vision et des valeurs, de même que par la participation des gestionnaires, du personnel, des membres du conseil d'administration et des partenaires. Durant les cinq ans de sa durée de vie, la planification a été en ajustement constant. Un plan d'action organisationnel a été mis en place et a été décliné sous forme de planification opérationnelle annuelle et d'actions à réaliser à l'intérieur des équipes.

L'équipe de gestion et les intervenants du CSSS connaissent bien leur population. Plusieurs usagers sont démunis dû à un contexte socio-économique de plus en plus difficile. Un fond de dépannage a été créé et est géré par le Centre d'action bénévole. Le CSSS assure une présence dans toutes les zones de fragilité et travaille en étroite collaboration avec le milieu communautaire, ce qui crée un bon filet social. Trois communautés distinctes sont identifiées dans la région soit Asbestos, Danville et les villages environnants.

Les données populationnelles sont accessibles par différents outils de diffusion : santé publique, Santé Canada et l'observatoire estrien, qui est un organisme sans but lucratif dont le mandat est axé sur le développement des communautés. Elles sont analysées en détail et rendues accessibles aux gestionnaires et aux intervenants qui les utilisent pour planifier et organiser les services selon les besoins des usagers. Une organisatrice communautaire tient à jour ces informations.

Le directeur général est très présent, disponible et près des gens à l'intérieur de la communauté. Il ajuste son discours au public auquel il s'adresse. Il est soucieux du développement des communautés et de l'apport des intervenants de l'établissement à l'intérieur des différentes discussions. Le CSSS est caractérisé par la proximité avec sa population et par la qualité des soins et des services qui sont prodigués par ses intervenants dans le milieu et à l'intérieur de ses murs. Les ententes avec les partenaires se discutent toujours avec le souci de déterminer la meilleure ressource pour satisfaire les besoins de la population.

Les partenaires sont regroupés à l'intérieur de tables de concertation. Ce modèle a été privilégié au forum des partenaires à l'intérieur de la région.

La planification annuelle de l'organisation est intégrée et suivie. Elle comprend les suivis de la planification stratégique, des recommandations du conseil d'administration et des résultats attendus des équipes. Il existe de plus un plan d'action intégré de la qualité qui regroupe l'ensemble des suivis reliés à la qualité, aux risques, aux visites d'inspection professionnelle, aux visites ministérielles, à l'agrément et autres objets reliés à la qualité. Ce plan est révisé par le comité de vigilance et de la qualité qui en fait un suivi au conseil d'administration.

Le volet des maladies chroniques est bien développé. La clientèle orpheline est identifiée malgré que la prise en charge médicale est de plus en plus difficile, étant donné le départ de médecins et les difficultés de recrutement.

Ce qui préoccupe l'ensemble des intervenants et des partenaires est le maintien des acquis. Nous sentons une crainte évidente de perdre les liens, de voir diminuer les partenariats. Un des enjeux majeurs de l'organisation se situe au niveau de l'équipe médicale. Peu importe la structure qui sera mise en place, il sera essentiel de consolider le soutien autour du service médical.

2.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Le cycle budgétaire est bien structuré à l'intérieur d'un calendrier et d'un échéancier de réalisation. Le processus débute fin janvier, à partir du budget de l'année antérieure, en tenant compte des changements, des opportunités et des contraintes. Les gestionnaires sont impliqués du début à la fin du processus, tant pour la préparation que pour le suivi.

Un exercice d'optimisation a été réalisé. Il se traduit par la disponibilité des données pour les gestionnaires au maximum 10 jours après la fin de la période, ce qui permet d'analyser rapidement la situation et de réagir promptement si des ajustements s'avèrent nécessaires. Le suivi mensuel est donc rigoureux et permet des ajustements. Les directeurs doivent préserver leurs surplus afin de soutenir des secteurs de l'organisation plus en difficulté au besoin. Les surplus servent donc à l'ensemble de l'organisation.

Tous les gestionnaires sont formés au processus et aux outils budgétaires, à l'embauche et au besoin. Ils maîtrisent très bien le processus budgétaire et collaborent entre eux.

Un processus de gestion intégrée des risques est en place dans l'organisation. Tous les risques, incluant les risques financiers, immobiliers et informatiques sont identifiés et suivis.

Le comité de vérification se réunit régulièrement. Il décortique la documentation et s'assure que toutes les règles en ce qui concerne les budgets et l'acquisition des ressources sont suivies.

Les contrats sont accordés selon les règles en vigueur. Un processus d'optimisation régionale a été tenu et les suivis sont rigoureux. Chaque organisation bénéficie de l'expertise régionale.

La performance en est à ses balbutiements. Certains outils sont disponibles et utilisés, mais l'organisation envisage d'aller plus loin en ce qui concerne ce processus.

Plusieurs tables d'information et de partenaires existent au niveau régional. Les informations relatives aux changements circulent facilement, que ce soit par le directeur général ou par le directeur des finances.

Les approvisionnements se font avec le CHUS, selon un mode juste à temps, ce qui permet de diminuer les quotas. Les approvisionnements s'occupent de la prise des commandes sur les unités de soins.

L'organisation est sensible à l'environnement et participe à la récupération de la grande majorité du matériel récupérable. Le papier confidentiel est identifié et détruit selon les normes en vigueur.

La gestion budgétaire est rigoureuse. L'information distribuée et disponible est claire, lisible et simple à comprendre. Le défi de la gestion des ressources demeure l'optimisation. L'organisation doit assurer une constante révision de ses processus, afin d'éviter les gaspillages et de conserver le plus de ressources possibles disponibles pour la satisfaction des besoins des usagers.

2.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Il n'y a pas de difficultés de recrutement particulières au CSSS des Sources, sauf en ce qui concerne les médecins et les pharmaciens. L'organisation bénéficie d'une banque de curriculum vitae intéressante, à l'intérieur de laquelle il puise la majorité de ses ressources. Exceptionnellement, il y aura affichage sur des sites et présence à des salons d'emplois. La promotion à l'interne est encouragée. Le personnel est ciblé pour ses capacités de développement et des aménagements sont prévus pour lui permettre de les exploiter. De façon générale, le CSSS est reconnu comme un employeur de choix. Plusieurs recrutements se font par le bouche-à-oreille, en partie dû aux stratégies de rétention mises de l'avant.

L'organisation encourage la présence de stagiaires partout à l'intérieur de l'établissement. Il s'agit d'une autre source de recrutement intéressante étant donné la connaissance du milieu déjà acquise à l'intérieur des stages.

La planification de la main-d'œuvre infirmière se fait très tôt, afin de prévoir le nombre de ressources requises et l'identification hâtive des candidats potentiels.

L'équipe des ressources humaines planifie une séance d'accueil de groupe lors de l'embauche massive du début de l'été. En dehors de cette période, l'accueil se fait individuellement. Un guide d'accueil est remis, de la formation est donnée et une tournée de l'établissement est effectuée. De plus, chaque membre du personnel se voit remettre une description de ses tâches et fonctions. Des entrevues de départ sont réalisées lorsque des gens quittent l'organisation.

Chaque membre du personnel est suivi et évalué en période de probation et, par la suite, une fois tous les deux ans au maximum.

Le plan de gestion des talents vient d'être révisé et sera diffusé au cours des prochaines semaines. Le personnel reçoit beaucoup de formation, autant sur les aspects reliés à leur travail qu'à leur sécurité. Il se fait beaucoup de prévention et le comité paritaire est dynamique et impliqué.

Les dossiers du personnel sont complets et bien tenus. Les politiques et les procédures reliées aux ressources humaines sont présentes, complètes et révisées régulièrement. Des procédures pour la vaccination du personnel existent. Un plan d'action a été réfléchi afin de développer des stratégies pour augmenter les taux.

L'organisation privilégie un milieu de travail sain, exempt de violence, axé sur la sécurité et le développement des compétences. Le personnel bénéficie d'opportunités de formation dans son champ d'activités ou lors de changements de pratiques, de normes ou de techniques. Il existe une culture de reconnaissance des contributions du personnel et des bénévoles.

Le CSSS des Sources est en processus d'implantation de la démarche Planetree. Plusieurs activités d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en place, par l'équipe de gestion, par les conseils professionnels ou par le personnel lui-même. Une semaine milieu de vie est organisée.

L'organisation est très attentive à l'amélioration. Elle est dirigée par un directeur général dynamique qui a su développer une culture de collaboration et ainsi amener une maturité d'équipe.

L'organisation innove. On y retrouve un bon climat de travail. Le travail d'équipe et la coopération multidisciplinaire font partie de la culture organisationnelle. Il existe un fort sentiment d'appartenance.

L'organisation est invitée à mettre en place une politique d'identification du personnel pour sensibiliser tous les intervenants au bien-fondé de s'identifier auprès de la clientèle.

2.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Un travail de fond a été réalisé en ce qui concerne la gestion de la qualité depuis les dernières années. Une politique de gestion intégrée de la qualité a été rédigée et diffusée. Un comité de gestion de la qualité est en place. Tous les suivis reliés à la qualité ont été regroupés à l'intérieur d'un seul outil de suivi, un tableau de bord qualité. Il est complété par les gestionnaires. Il inclut l'ensemble des activités et des comités qualité : gestion des risques, vigilance, mesures d'urgence, commissaire local aux plaintes, visites ministérielles, visites d'inspection professionnelle, agrément et autres.

Toute la documentation (politiques, procédures et règlements) est rédigée et révisée régulièrement. Plusieurs outils d'information et de suivi ont été développés. De la formation sur la qualité et la sécurité est offerte à l'embauche et annuellement.

Le comité de gestion des risques est actif et couvre l'ensemble des risques potentiels et des événements survenus dans l'organisation. Une cartographie des risques a été élaborée et est accessible à tous. Elle est rédigée en continu. Un blitz d'audit est réalisé trois fois l'an.

Le taux de déclaration des événements a haussé de façon significative. Suite aux analyses, les plans d'amélioration sont rédigés en équipe et suivis. Des tableaux de bord incluant différentes variables sont diffusés dans l'ensemble de l'organisation et analysés au comité de l'éthique, de la vigilance et de la qualité.

L'amélioration continue de la qualité est perçue comme un travail d'équipe à l'intérieur de l'organisation. La préoccupation qualité est sentie à tous les niveaux de l'organisation et on peut voir l'implication de tous. Les équipes travaillent avec les données probantes et les meilleures pratiques. Ces informations sont accessibles avec plusieurs sources : orientations ministérielles, table des responsables qualité, babillard de l'agence, RACQ.

Plusieurs activités sont mises en place lors de semaines thématiques. Dans le cadre de la semaine nationale de sécurité, les intervenants peuvent circuler à l'intérieur d'une chambre des erreurs tout en mettant à profit leurs connaissances en ce qui a trait à la sécurité des usagers.

Nous devons souligner la grande qualité des analyses prospectives annuelles effectuées. Les sujets sont choisis minutieusement. Les analyses sont diversifiées et complètes. La méthodologie utilisée pourrait servir de modèle à plusieurs autres organisations.

Un plan de sécurité intégré a été réalisé pour l'ensemble de l'organisation. La documentation relative à la sécurité et destinée au personnel, aux usagers, aux résidents et à leurs familles est importante, pertinente et à jour.

Ce qui caractérise l'ensemble du processus qualité est l'intégration à tous les niveaux, la participation et l'implication des employés, la mise à jour de la documentation, la diffusion de l'information et le travail d'équipe.

Les membres de l'équipe sont fiers de ce qu'ils font, mais sont conscients de leurs défis, principalement en ce qui concerne l'implication et la participation plus grande des médecins.

Les conseils professionnels connaissent bien leur rôle et l'exercent auprès de leurs membres. Ils travaillent en collaboration. Ils organisent un dîner conjoint où sont présentées les différentes professions afin que les gens puissent se connaître davantage, se comprendre et mieux travailler ensemble. Le travail en équipe multidisciplinaire est valorisé et vécu.

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est disponible cinq jours semaine. Il obtient une excellente collaboration des gestionnaires, tant au niveau des enquêtes que des suivis. Il amène le personnel à voir le processus de plainte comme quelque chose de positif dans un climat de confiance et d'amélioration. Le régime de plaintes est intégré à la culture. Le médecin examinateur est présent et rigoureux.

Le comité des usagers est actif et présent. Il a le double rôle de comité des usagers et de comité des résidents. Il se donne comme mandat principal de protéger les résidents et de bien rejoindre la population. Il a mis en place une organisation qui lui permet de connaître les besoins et de faire des recommandations à l'équipe de gestion, afin que des améliorations soient apportées à la qualité et à la sécurité des services aux usagers et aux clientèles hébergées. Accompagnés par une ressource une journée semaine, les membres produisent beaucoup de matériel à l'intention des usagers, se tiennent informés et participent aux activités externes du RPCU (Regroupement provincial des comités des usagers), du CPM (Conseil pour la protection des malades) et de la CRÉE (Commission régionale des élus de l'Estrie) d'où ils ramènent de nouvelles idées et de nouveaux produits. La majorité des membres participent à des comités ou des groupes de discussion internes au CSSS. Ils rendent compte de leurs activités par l'intermédiaire d'un rapport annuel lors de leur assemblée générale.

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

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

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

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

Le comité d'éthique clinique du CSSS des Sources est opérationnel depuis 2009. Un cadre de référence en éthique et un code d'éthique avaient alors été élaborés et diffusés. Le comité a fait relâche un certain temps pour reprendre ses activités il y a environ deux ans.

Depuis, la documentation et les outils ont été revus. Un plan d'action annuel a été mis en place. Les membres du comité se sont concentrés à la révision des outils et à l'organisation d'activités permettant de rejoindre les intervenants et de les accompagner dans un processus d'appropriation et de suivi d'une démarche de réflexion éthique.

Le cadre conceptuel et le code d'éthique font l'objet d'un plan de communication depuis quelques semaines dans l'ensemble de l'organisation, auprès du public et des partenaires.

Le comité d'éthique clinique est composé de représentants du conseil d'administration et d'intervenants de l'interne. Il peut s'adjoindre d'autres ressources dont un avocat, un éthicien, ou un médecin au besoin.

Au-delà du cadre conceptuel, les outils développés permettent de nommer le dilemme éthique, de le comprendre et d'amorcer une réflexion d'équipe. Si la réflexion d'équipe ne permet pas d'en arriver à une orientation satisfaisante, le comité peut entreprendre un exercice plus élaboré en s'adjoignant les ressources expertes appropriées et nécessaires. Les objectifs sont de promouvoir l'éthique, d'accompagner et de soutenir les équipes dans une démarche autonome, tout en ayant la possibilité d'aller chercher l'expertise au besoin. Les outils développés sont un guide à la réflexion éthique, un document présentant les étapes d'une démarche de délibération éthique, ainsi qu'un formulaire de demande d'avis.

L'organisation est tout de même en attente des orientations régionales avant d'organiser plus avant le comité. L'idée d'un comité d'éthique clinique régional a été appréciée par les établissements partenaires. Il pourrait voir le jour dès que la fusion des organisations sera actualisée. En attendant, les intervenants doivent faire une place à la réflexion sur l'éthique clinique dans leur quotidien. Un mandat provisoire a donc été élaboré en vue d'assurer la transition avec les transformations en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Nous croyons que l'organisation devrait poursuivre la formation des membres du comité d'éthique clinique afin de s'assurer qu'ils conservent une dynamique et des réflexes de réflexion éthique.

Il serait aussi intéressant de rassembler sous un même fichier ou un même document les avis éthiques produits dans le réseau, ainsi que l'information sur les tendances, afin de créer une banque de référence pour les intervenants.

Les conférences annuelles sont des plus pertinentes et les sujets choisis appropriés. Nous suggérons de poursuivre ces initiatives auprès des intervenants du milieu, au minimum annuellement et de les informer régulièrement des tendances de réflexion et des décisions du réseau, afin de remobiliser les gens autour des besoins de la personne.

2.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

L'organisation s'est dotée d'un plan de communication efficace qui cible bien la clientèle à laquelle les messages s'adressent (population, clientèle, partenaires, employés). Une planification des communications est établie et encadrée par une grille de type calendrier qui définit les thèmes à communiquer, les médias à utiliser, ainsi que les moments précis pour actualiser les communications tout au long de l'année. Une politique de communication existe et est respectée par l'ensemble du personnel.

L'affichage est contrôlé par des personnes clés qui sont identifiées par les dirigeants. L'information que l'on retrouve en affichage est en quantité suffisante pour que les messages soient livrés sans que l'on perçoive une surcharge.

Un journal produit par les membres de l'organisation est diffusé à l'interne et dans la communauté toutes les deux semaines. La popularité de cette publication et l'engagement du personnel pour sa réalisation font de ce moyen de communication un outil efficace pour assurer la divulgation de l'information importante.

Le CSSS des Sources innove en implantant un écran qui informe la clientèle de l'urgence, de façon simultanée, des temps moyens d'attente avant d'être vu par le médecin.

Également, l'organisation s'est récemment dotée d'une politique et procédure d'organisation générale des normes et pratiques de gestion. Cette politique définit quel type de document doit être rédigé selon les situations et encadre tout le processus, de son élaboration à son adoption. Il s'agit d'un outil fort intéressant dont la réalisation mérite d'être soulignée.

La signalisation des lieux est remarquablement réussie. Les panneaux n'indiquent pas seulement les lieux physiques, mais fournissent également de l'information ou des consignes pour accélérer les processus d'enregistrement des clients.

La présence de nombreux systèmes d'information peut parfois compliquer les communications entre les différents professionnels et une harmonisation serait souhaitable.

Il ne fait aucun doute que le CSSS des Sources est conscient des défis qu'il aura à relever au niveau des communications.

2.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

En ce qui concerne l'environnement, il faut tout d'abord souligner la propreté exceptionnelle du milieu et mentionner que les corridors ne sont pas encombrés par des équipements.

Des systèmes d'appoint sont disponibles dans les cas d'urgence, et ces systèmes ou mesures alternatives ont été éprouvés au cours des dernières années, par exemple, dans le cas d'une rupture d'alimentation en eau potable. En ce qui concerne une panne d'électricité possible dans le centre, la génératrice est en mesure de répondre à la demande.

Le centre supporte les initiatives d'un environnement vert, par des moyens visant le recyclage : papier, carton, plastique, piles, récupération de métal. Des partenariats existent avec la ville.

Pour ce qui est de la disposition des déchets toxiques, ils sont dans un local barré.

Au sujet de la signalisation dans le centre, celle-ci semble conviviale. Il n'y a aucun commentaire de la part des usagers à cet effet.

Du point de vue de la sécurité, des plans de repérage géographiques sont disponibles aux endroits stratégiques, les sorties d'urgence identifiées, les fenêtres et les portes de l'unité prothétique sont sécuritaires. De plus, il y a un contrôle des accès à l'exception de l'entrée principale et une autre près de la physiothérapie, entrées réservées à la clientèle. En ce qui concerne les portes vitrées de l'entrée principale du centre, il est important de revoir la signalisation sur ces vitres (ruban rouge et barrière devant les portes); question de sécurité. Le rapport du service sécurité incendie a été fait le 16 mars 2015, quelques recommandations sont à suivre.

Les babillards d'information ne sont pas surchargés d'information, mais bien organisés par thèmes, ce système est fort intéressant. Par exemple, un babillard pour la qualité et l'agrément, un affichage d'information sur l'approche adaptée à la personne âgée, des pictogrammes concernant la prévention des infections. En conclusion, une information organisée, simple d'accès et dynamique.

Par ailleurs, au sujet du personnel contractuel de l'hygiène et la salubrité de la compagnie « Groupe Polym2 » pour le CLSC et CH, ce personnel est identifié à l'aide d'un uniforme et du sigle de la compagnie sans toutefois le nom de l'employé. Il serait opportun que les employés de la compagnie portent une identification avec nom et carte des codes d'urgence; tout ceci dans une perspective sécuritaire des employés et des usagers. Il faut souligner qu'une formation en mesure d'urgence est également offerte aux employés du « Groupe Polym2 » selon les besoins prioritaires identifiés par le CSSS en matière de sécurité. Les employés rencontrés connaissent le SIMDUT (système d'identification des matières dangereuses utilisées au travail), utilise un chariot fermé et sécuritaire pour leur matériel, les produits de nettoyage sont identifiés. Les locaux contenant les produits de nettoyage sont fermés. Le dossier « zone grise » implanté, suivi et ajusté selon les besoins.

À propos de la santé et la sécurité des usagers lors des travaux en construction, deux employés sont formés selon les normes en vigueur.

Au sujet de la cuisine, le dernier rapport du MAPAQ (ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec), en date du 3 mars 2014, mentionne des recommandations qui ont fait l'objet de suivis auprès des employés concernés et des règlements ont été rédigés correspondant à la politique et procédure d'hygiène du MAPAQ. Il est confirmé que des audits seront effectués sous peu.

En conclusion, les responsables s'assurent d'effectuer des audits en hygiène et salubrité pour répondre aux normes, mais également pour soutenir les employés dans leur travail pour l'amélioration continue de la qualité des services. Finalement, il n'y a pas de grands projets de construction pour ce centre, mais plutôt la nécessité de poursuivre les travaux en cours.

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

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

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

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

La préparation en vue des situations d'urgence répond à toutes les normes de ce processus prioritaire. Les rôles et les responsabilités sont bien déclinés et le plan des mesures d'urgence a été entériné par le comité des mesures d'urgence, le comité de direction et, finalement, le conseil d'administration. Par ailleurs, les objectifs et le plan des mesures d'urgence sont intégrés au plan de la qualité et de la gestion des risques; suivis et audits y sont également présentés. Il faut ajouter que les gestionnaires ont à leur disposition un outil de cartographie des risques. Tout ceci dans une perspective globale présentée sous forme de tableau de bord des activités et de la mesure. Une trousse des mesures d'urgence est disponible et la liste des numéros de téléphone est validée régulièrement.

Les thèmes abordés au comité des mesures d'urgence sont les suivants : tous les types de codes, le SIMDUT, la planification des exercices ou simulations. La planification des exercices, selon les codes des mesures d'urgence, est triennale depuis 2012. Ainsi, les employés ont l'opportunité d'expérimenter différentes situations. Des rappels, des séances d'information et des formations sont offerts selon les besoins identifiés. Ces renseignements ont été validés auprès du personnel administratif, clinique et contractuel. Le système a été mis à l'épreuve avec succès.

Au sujet de la gestion de crise, certains cadres du CSSS ont directement contribué à répondre à la situation d'urgence régionale « code orange » de Lac Mégantic, par des activités de coordination et de communication.

2.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Le souci de la direction de l'établissement pour améliorer les trajectoires de soins, et plus spécialement pour offrir une gamme complète de services, pour s'assurer de faire les liens entre les unités à l'interne et avec les partenaires à l'externe (CHUS, organismes du milieu, et autres), pour faciliter les déplacements des usagers, pour prévenir les congestions et les temps d'attente indus, apparaît omniprésent. Outre une communication fluide, des mécanismes formels, tels le comité interdisciplinaire ou le comité médicoadministratif, ou encore certains comités régionaux, sont utilisés pour constamment fluidifier le cheminement des clients et veiller à leur satisfaction au regard du déroulement des épisodes de soins.

Globalement, les moyens et outils sont en place pour favoriser des trajectoires fluides et une prestation de services dans des délais appropriés.

2.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

L'établissement possède un programme d'entretien préventif. Ce programme est décentralisé auprès des différentes directions et cette modalité permet une gestion efficace du parc des équipements. C'est au comité de direction que les différents besoins et priorités sont mentionnés et identifiés et que des choix sont effectués. Pour ce qui est de l'entretien d'un équipement, celui-ci est effectué soit par le GBM (génie biomédical) ou selon un contrat. Le pourcentage des ententes contractuelles est élevé. Un bilan des achats, du renouvellement des équipements et des suivis nécessaires sont, également, apportés au comité qualité; ce comité devient donc un filet de sécurité. Par ailleurs et à propos de la sélection des équipements, plusieurs choix sont déterminés à la suite d'entente régionale.

En ce qui concerne le service de la stérilisation, toutes les normes sont en conformité. De plus, la direction s'assure d'effectuer un bilan et suivi des indicateurs comme le taux d'incidents/accidents, le pourcentage des dispositifs médicaux stérilisés, le sondage satisfaction clientèle, etc. De nombreux contrôles et audits sont documentés et tenus par la responsable. Il n'y a eu aucun incident à déclarer pour l'année 2014-2015. Un traceur a été effectué de la clinique au service de stérilisation; processus de nettoyage et de stérilisation respectant les normes.

Des objectifs de service sont planifiés avec l'équipe et affichés. Deux préposés, pour un équivalent temps complet, sont attitrés et sont formés au service, ceci afin d'éviter une rupture de service et dans un dessein de sécurité de la gestion des normes et des processus en stérilisation. Par ailleurs, ces préposés, travaillant également aux unités de soins, peuvent vérifier l'état des plateaux stérilisés, et même, enseigner au personnel le rangement sécuritaire de ceux-ci.

Finalement, l'un des objectifs de ce service est d'offrir des services en stérilisation au CSSS du Haut-Saint-François; ce dossier est à suivre.

2.2 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.

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

Dons d'organes et de tissus

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

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

Services de diagnostic - Imagerie

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

Services de diagnostic - Laboratoire

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

Services transfusionnels

- Services transfusionnels

2.2.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : 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 : Gestion des médicaments

Le processus prioritaire relatif à la gestion des médicaments demeure sans aucun doute une priorité organisationnelle et une fierté de l'établissement. La qualité du travail de l'équipe du département de pharmacie, et plus largement du comité interdisciplinaire de pharmacologie, en lien avec la direction et le comité de gestion des risques, doit être soulignée. C'est un travail minutieux, rigoureux et marqué par un souci de bonnes pratiques appliquées.

Il faut noter les importants changements apportés au fonctionnement de la pharmacie au cours des deux dernières années. Plus particulièrement, un robot ensacheur des médicaments y a été installé. Des aménagements physiques ont en conséquence été apportés. Des applications de reconnaissance biométrique pour contrôler les accès aux unités de médicaments ont été implantées. De nouveaux logiciels de gestion ont aussi été déployés, notamment au regard des alertes. Tous ces changements ont demandé beaucoup de planification de l'organisation du travail et des aires de travail, ainsi qu'une solide capacité d'adaptation des employés, tant à la pharmacie que sur les unités. Inévitablement, cette période de changement a été accompagnée d'un rehaussement de la vigie, dans le but de repérer les incidents si minimes soient-ils, de façon à ce qu'ils ne conduisent pas à des accidents de soins. Le personnel de la pharmacie a de quoi être fort satisfait des résultats de ces nombreux et rapides changements qui sont de nature à améliorer la qualité des soins pharmaceutiques et leur sécurité.

L'interaction entre professionnels est assez remarquable. Le patient est manifestement au centre de leurs préoccupations pour la meilleure thérapie et au centre des innovations, qu'il s'agisse de politiques ou de technologies, de nouveaux protocoles ou logiciels, d'outils de contrôle ou de communication, d'activités de formation, et autres.

La propreté et le rangement des aires de travail, le calme qui y règne et le climat de travail sont le reflet de hauts standards recherchés dans le département.

Le défi majeur que représente l'implantation du bilan comparatif des médicaments a été relevé très certainement grâce à un appui indéfectible et bien senti du département de pharmacie.

Enfin, il faut reconnaître un défi majeur qui se présente à la pharmacie : celui du recrutement de pharmaciens dans le contexte de restructuration du système de services et de révision à la baisse de certaines conditions de travail des pharmaciens du réseau public québécois de services de santé et de

services sociaux. Le maintien par les autorités locales, dont la chef de pharmacie, de cette nécessaire mobilisation des employés pour une prestation de services pharmaceutiques de grande qualité, doit dans les circonstances être aussi souligné.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	
9.6 Celui qui effectue une ADBD remplit un rapport exhaustif et précis pour chaque ADBD qu'il effectue; le rapport se distingue des notes cliniques présentées dans le dossier du client.	
9.7 Celui qui effectue une ADBD rédige un rapport de façon lisible et il utilise un langage et un vocabulaire qui sont conformes aux recommandations d'organismes professionnels internationaux, nationaux ou régionaux.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	

Les analyses de biologie médicales délocalisées (ADBD) par le CSSS des Sources comprennent : la glycémie capillaire, la bilirubinémie, le test de grossesse et l'analyse d'urine à partir de bandelettes.

Le parc d'équipements compte environ une quinzaine de glucomètres et un bilirubinomètre.

Les responsables du laboratoire et le Comité interdisciplinaire ont su bien encadrer l'usage des ADBD au CSSS des Sources. Par exemple, les tests de grossesse et les analyses d'urine sont disponibles uniquement à la salle d'urgence en dehors des heures normales d'ouverture des laboratoires. Un médecin biochimiste du CHUS et le DSP (directeur des services professionnels) agissent à titre de responsables des ADBD.

Il existe des procédures opératoires normalisées pour chacune des ADBD, celles-ci sont disponibles et facilement accessibles. Le personnel reçoit une formation adéquate et la certification annuelle des opérateurs fait partie du processus de gestion de la qualité des ADBD. Soulignons également qu'un rapport d'évaluation des compétences est versé au dossier de chaque employé.

L'appareil de glycémie utilisé ne permet la saisie que d'un seul identifiant. L'équipe souligne que l'établissement est en processus de renouvellement des glucomètres et que des améliorations du processus de gestion des données nominatives sont prévues.

Les services de soins à domicile utilisent également des appareils de glycémies capillaires. Le traceur nous a permis de constater également que des résultats de glycémies effectués par les partenaires (ex. : résidences privées) sont saisis dans le système de gestion de l'information (RSIPA) par les infirmières effectuant des visites à domicile. Nous encourageons l'équipe à revoir le processus de gestion de l'information lié au processus ADBD, de manière à améliorer la qualité et sécurité de ce processus.

La qualité du programme de surveillance de la bilirubinémie est à mentionné.

2.2.3 Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Prévention des infections

Il faut souligner l'engagement des conseillères/coordonnatrices en prévention des infections à participer à la communauté de pratique régionale dans la spécialisation et, de plus, à travailler étroitement avec le CHUS concernant les données probantes et la validation de situations auprès de microbiologiste ou de la santé publique. Leur travail consiste à donner de l'information aux organismes communautaires, aux résidences intermédiaires et résidences aux personnes âgées. Cette équipe de conseillères/coordonnatrices démontre une grande disponibilité. Un comité interdisciplinaire incluant un médecin, un responsable de l'hygiène salubrité soutien le développement des objectifs et des plans d'amélioration continue selon les orientations, les besoins de formations du personnel et des problématiques identifiées par le comité et les professionnels et employés de l'établissement; identification effectuée selon un outil de cartographie de la gestion des risques mis à la disponibilité du personnel. Il faut également mentionner que le comité effectue le suivi des taux d'infection.

Une formation est disponible à l'orientation des employés et de façon ponctuelle, selon les besoins identifiés. Les conseillères/coordonnatrices en prévention des infections sont disponibles également, pour le personnel de soir et de nuit; ceci apporte un soutien supplémentaire au personnel des unités de soins.

Il faut féliciter l'une des conseillères qui a travaillé un projet universitaire portant sur la « stratégie multimodale pour augmenter l'observance de l'hygiène des mains »; projet qui pourrait s'avérer intéressant pour les professionnels de l'établissement. D'une manière plus locale, un projet de surveillance pour les porteurs de sonde sera mis de l'avant, et ceci, suivant l'orientation et les données de l'INESSS (Institut national d'excellence de santé et en services sociaux).

Une belle initiative a été implantée dans le but d'augmenter l'observance pour le nettoyage des équipements de soins non critiques. Pour ce faire, un collant jaune est apposé sur ces appareils afin de faire le rappel.

Les achats de solutions hydroalcooliques se font de façon régionale, après consultation auprès des partenaires et avec un comité de standardisation.

Le dossier « zone grise » est déployé dans tous les services.

Au sujet d'une salle de confinement à l'urgence pour les patients souffrant de symptômes d'allure grippale, il a été entendu, à la suite d'une consultation entre les visiteurs, qu'il est important de réserver une aire non fermée, mais en retrait. L'aire doit être bien délimitée et des consignes d'informations clairement affichées. À l'entrée principale, les consignes pour les patients souffrant de symptômes d'allure grippale sont présentes.

Enfin, en ce qui concerne le taux de vaccination des employés, il est en légère progression et la direction concernée a élaboré un plan d'action 2014-2015 dans le but de développer des stratégies de communication. Par ailleurs, l'établissement participe aux travaux de développement et de déploiement du projet du MSSS concernant le registre de vaccination du Québec (SI-PMI immunisation). Le déploiement est prévu en septembre 2015 selon la circulaire du MSSS. En ce moment, le registre de vaccination est fait manuellement.

2.2.4 Ensemble de normes : Service des urgences

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
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.	
Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>Les caractéristiques de la clientèle de l'urgence sont bien connues. La capacité de l'établissement à répondre aux besoins, les temps d'attente et durées de séjour sur civières sont aussi surveillés de près. Les communications sur la situation qui prévaut dans le service de l'urgence auprès des autres services de l'établissement sont fréquentes, ce qui facilite la participation de chacun à prévenir une congestion ou à y remédier. Également, plusieurs stratégies et moyens sont mis en oeuvre pour contribuer à prévenir les congestions. Notamment, par l'entremise d'ordonnances collectives, l'infirmière au triage peut réorienter un malade vers une autre ressource plus apte à lui venir en aide rapidement.</p>	
<p>Les installations physiques, les équipements et les systèmes d'information sont modernes et bien conçus pour faire face à des situations d'urgence à la fois nombreuses et variées.</p>	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>Le personnel de l'urgence est trié sur le volet. Il est spécialement formé au cours de deux semaines d'orientation à l'embauche. Des formations d'appoint sont également disponibles, dont l'une sur les</p>	

comportements violents et les bonnes façons de les voir venir et de les désamorcer. Chaque professionnel doit mettre à jour ses compétences dans le cadre d'exigences faites par son ordre professionnel. Les rôles et les tâches de chacun sont bien définis, incluant l'arrivée d'un patient en salle de réanimation. Le rendement du personnel est évalué périodiquement.

L'engagement des employés et leur coopération mutuelle pour les meilleurs soins aux patients sont manifestes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La surveillance des patients en attente est très appropriée. Les syndromes d'allure grippale sont dirigés dans une aire distincte de la salle d'attente.

Beaucoup d'emphase est mise sur la qualité des processus et des protocoles de soins en urgence. On s'intéresse autant aux indications des interventions cliniques, à leur qualité technique, à leur efficacité pour améliorer rapidement l'état des malades, au cheminement des malades à l'interne et, si nécessaire, envers une ressource extérieure, à la sécurité des interventions cliniques, à leur documentation, tout comme à la satisfaction des patients à l'endroit des services reçus.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe des urgences a accès à une documentation à jour sur les pratiques reconnues en urgence. Le dossier du patient est facilement accessible. Des données de consommation de services sont également disponibles pour ajuster la réponse aux besoins. Un superutilisateur du logiciel SIURGE, infirmier de l'urgence, en assure la compréhension et la bonne utilisation par les professionnels qui y travaillent.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe prend connaissance des rapports de surveillance des incidents ou accidents, dans le but d'en tirer des enseignements et des moyens d'éviter la récurrence.

Les temps d'attente font l'objet d'une attention particulière. Il en est de même concernant les durées de séjour sur civière, de sorte que l'équipe s'interroge sur ses résultats en matière d'offre de service.

L'équipe demeure soucieuse de respecter les meilleurs délais, en particulier là où ils comptent pour beaucoup (exemple : le transfert en ambulance d'un patient avec infarctus en voie d'installation).

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Il fut convenu avec Québec Transplant d'appeler au besoin cet organisme dans un cas où le patient dont le décès est imminent pourrait être un donneur potentiel d'organes ou de tissus. Des médecins du CHUS peuvent aussi être rejoints. Ces patients sont nécessairement transférés au CHUS qui assure le respect des conditions relatives au prélèvement et au transport des organes ou tissus à des fins de transplantation. L'équipe de l'urgence est au fait de cette procédure et des critères cliniques à reconnaître.

Notons que l'urgence de l'établissement ne reçoit pas de cas de traumatologie. Ils sont dirigés en ambulance vers le CHUS.

2.2.5 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Le service d'imagerie repose sur les compétences de radiologues d'une clinique privée de Sherbrooke et de technologues de l'établissement et d'une secrétaire médicale affectée à la transcription. On y offre de la graphie simple, de l'échographie, et de moins en moins de scopie. L'équipe étant de taille modeste, les communications entre les membres sont rapides, de sorte qu'il y a beaucoup de réactivité dans les réponses aux attentes envers le service d'imagerie.

L'équipe connaît bien sa clientèle, sa provenance, ses besoins, les statistiques concernant son offre de service (temps d'attente, délais d'interprétation des images, délais de production des rapports, et autres) ainsi qu'à l'emploi de ses ressources (rappels au travail). Elle s'intéresse à l'amélioration de ses pratiques et réfère à celles d'autres milieux comparables, sinon à celles qui prévalent au CHUS. Les procédures sont périodiquement revues et des contrôles de qualité sont régulièrement appliqués (audits des images, examen des rejets, entretien des plaques, et autres).

Des améliorations ont été apportées aux accès et à la sécurisation des lieux et des équipements, considérant la clientèle âgée desservie (matelas de tables, barres d'appui, chaises d'examen, et autres). Beaucoup d'efforts ont été faits avec le soutien d'autres directions en matière de gestion des risques, en particulier concernant la prévention des chutes, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, la surveillance de malades sous opiacés, l'intervention en cas de situations potentielles de violence, et autres.

Le service d'imagerie a bien évolué dans un environnement stable où son offre de service s'est maintenue et ses ressources humaines et matérielles ont peu fluctué. Il a su consolider la qualité de ses processus et répondre aux attentes en matière de bonnes pratiques de gestion généralement reconnues. Le service entre maintenant dans une nouvelle phase de son évolution dans laquelle la qualité des liens qu'il a tissés avec ses partenaires lui sera utile pour bien planifier son développement au sein du nouvel établissement régional dont il fait désormais partie. Enfin, des observations ont été échangées sur la vérification des compétences de firmes externes mandatées à des fins d'inspection de mesures de radioprotection.

2.2.6 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
15.3 Dans le cas des fournitures, des réactifs et des milieux de culture achetés, l'équipe valide les contrôles de qualité qui ont été effectués par le fabricant.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	

Le département de biologie médicale du CSSS des Sources offre des services dans les secteurs de la biochimie, l'hématologie et la microbiologie. Attendant au laboratoire, un centre de prélèvements offre des services de prises de sang sur rendez-vous. De plus, une banque de sang affiliée au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) permet d'assurer une offre de service minimale de médecine transfusionnelle. Le département de biologie médicale peut également compter sur le soutien d'une équipe de médecins de laboratoire consultants provenant du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

Une petite équipe de technologistes polyvalents, dévoués et compétents couvre, à tour de rôle, l'ensemble des postes de travail du département, incluant le centre de prélèvements. Les services de laboratoires sont assurés en continu entre 7 h 30 et 21 h 30. Puis un service de garde prend la relève après ces heures. Un assistant-chef et une coordonnatrice assurent la gestion courante et la coordination des principaux processus.

Le système de gestion de la qualité (SGQ), défini par 12 éléments, est bien implanté depuis 2008 et révisé tous les deux ans. Parmi les éléments, soulignons la qualité de la gestion documentaire qui grâce à une application logicielle habilement déployée permet aux technologistes d'accéder facilement, au moment opportun, aux différentes procédures opératoires normalisées (PON) requises.

La culture de la mesure est nettement tangible. Le laboratoire a su définir un ensemble d'indicateurs qualité qui permet un bon monitoring des différentes étapes pré, per et postanalytiques. Le rapport annuel nous renseigne sur plus d'une quinzaine d'indicateurs. Ainsi, ces indicateurs nous informent par exemple sur les non-conformités relatives au prélèvement; sur le temps de réponse pour les résultats urgents ou critiques; les unités de sang périmées; le suivi des contrôles de qualité des analyses délocalisées (ADBBD); les temps d'arrêt du système informatique ou des temps d'arrêt des différents équipements de laboratoire. De plus, des audits sont réalisés et les résultats sont consignés et diffusés auprès des personnes concernées. Nous les félicitons pour cette pratique.

Un autre élément du SGQ qui mérite l'attention est le programme d'évaluation des compétences. Le programme est bien défini et tout le personnel a une évaluation à son dossier.

Le parc d'équipements est couvert par un bon programme de maintenance et un programme interne et externe de contrôle la qualité assure la fiabilité des résultats. Il serait intéressant que l'équipe mette sur pied un dossier permettant de cumuler pour chaque équipement les informations pertinentes sur chacune des étapes de vie de l'équipement (acquisition, mise en service, la maintenance et les contrôles de la qualité, les appels de service et les avis de disposition).

Le centre de prélèvement a été visité. Près de 70 prélèvements y sont effectués quotidiennement. La prise de rendez-vous fait encore partie du processus-prélèvement et les délais d'attente, même s'ils dépassent quelque peu la cible ministérielle, se trouvent dans la moyenne du groupe de comparaison. Lors de notre visite, nous avons constaté que les espaces de la salle d'attente du centre de prélèvement sont restreints et ne permettaient pas d'asseoir les patients en attente d'un prélèvement sanguin notamment lors des périodes de grand achalandage. Les deux postes de prélèvements sont par contre bien aménagés. Nous constatons qu'il n'y a pas de cloche d'appel dans la salle de toilette du centre de prélèvement.

Des entretiens effectués auprès de quelques médecins prescripteurs nous ont permis de constater leur niveau de satisfaction à l'égard des services offerts par le laboratoire. Ceux-ci ont exprimé leur satisfaction tant pour des services requis en service d'urgence qu'en pratique privée. Ils ont également apprécié la qualité de la relation professionnelle de proximité qu'ils entretiennent avec le personnel des laboratoires. Tout comme le personnel des laboratoires, ils ont exprimé de grandes inquiétudes face au projet de rationalisation OPTILAB. Avec le déploiement du projet OPTILAB ainsi que l'adoption des récents projets de Loi, les laboratoires auront d'importants défis à relever au cours des prochains mois. La gestion du changement devient donc un défi de taille qui fait de l'implication du personnel dans un contexte favorisant l'interdisciplinarité, un incontournable facteur de succès de cette démarche. Nous espérons que les normes sur les laboratoires ainsi que le présent rapport d'agrément soient des outils qui alimentent la réflexion et qui apportent un certain soutien à cette démarche.

2.2.7 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	

Le service de médecine oriente la planification de ses objectifs et de ses plans d'action en tenant compte des renseignements provenant de l'Agence concernant le profil populationnel démographique et en santé. Le service tient également des statistiques sur la durée moyenne de séjour, le nombre de réadmissions, la nature des demandes d'hospitalisation. Le personnel connaît bien les besoins de la population notamment ceux des personnes âgées de plus de 80 ans, l'approche adaptée est déployée. Les enjeux concernant les patients, sont, notamment, le transfert et le soutien en réponse à une maladie chronique ou aiguë.

Pour réaliser ses objectifs, le service de médecine s'assure d'être en lien avec les attentes de la planification stratégique. Ainsi, des comptes-rendus, des audits, des protocoles cliniques, un plan de gestion de débordement de l'urgence confirment les activités de l'unité de soins. Le personnel administratif, clinique et auxiliaire soutient les pratiques administratives et cliniques. Les objectifs sont discutés en rencontre et affichés afin de partager l'information.

Les objectifs identifiés et qui sont à poursuivre sont les suivants : « l'approche adaptée à la personne âgée » selon la planification déjà bien amorcée à de plus de 65 %, la finalisation de l'aménagement de l'aire dédié aux soins palliatifs, les deux chambres sont bien aménagées et chaleureuses, un projet « lean » pour ce qui est des espaces de rangement, une révision du système d'appel (de la cloche d'appel à la pagette), l'implantation du bracelet antifugue grâce au système WIFI (un contrôle des accès est actuellement en place), la révision de certains documents cliniques (en réponse au programme de l'approche adaptée). Par ailleurs, il faut poursuivre l'aménagement du salon réservé aux familles afin qu'il soit des plus accueillant et sécuritaire (éviter trop d'équipements médicaux), particulièrement pour la clientèle âgée.

Processus prioritaire : Compétences

La directrice de soins s'assure de recevoir des infirmières et infirmières auxiliaires la confirmation du renouvellement de leur droit d'exercice.

En ce qui concerne les tâches et les rôles des professionnels et employés, ceux-ci confirment les connaître et en respecter les normes ou modalités.

Par ailleurs, un local est attribué pour les rencontres de l'équipe multidisciplinaire qui semblent répondre à leurs besoins selon les commentaires. Il en est de même pour les équipements médicaux.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Pour ce qui est de l'épisode de soins, il y a évidence de multiples processus pour l'admission, le transfert ou congé d'un patient. Des outils cliniques et administratifs facilitent l'ensemble de ces processus, comme le guide d'accueil à l'unité de courte durée, la collecte des données, l'enveloppe de préparation au congé, le sondage sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle, la documentation clinique dont celle identifiée en gestion des risques élevés dans une perspective de sécurité de l'utilisateur, un tableau d'information au chevet du patient, une approche de soins globaux en référence au modèle McGill, les plans de travail des préposés aux bénéficiaires, etc. À propos du BCM, la pharmacienne et la documentation confirment un processus établi. Les patients sont évalués régulièrement et des consultations sont exigées si nécessaires. Le patient et les proches sont impliqués dans le développement du plan de traitement afin de faciliter la collaboration de ceux-ci aux soins à l'unité et lors du transfert ou du congé du patient en toute sécurité. C'est un processus à poursuivre.

Il serait intéressant d'examiner la possibilité de rendre confidentielle l'information affichée (ex. : habitudes intestinales) à la chambre de l'utilisateur.

Finalement, les patients rencontrés sont satisfaits de leurs soins et de l'approche clientèle. Il faut souligner également que les membres du personnel de cette unité de courte durée sont dynamiques et très orientés vers le bien-être de leurs patients.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers des usagers sont bien tenus à l'unité de soins.

Les activités de recherche proviennent généralement d'une entité universitaire ou d'un centre de recherche, et, à ce moment-là, il est entendu que le comité de recherche et d'éthique doit approuver les protocoles.

Pour ce qui est des données probantes, l'information provient du MSSS (par exemple pour le dossier MPOC, des comités régionaux de l'Estrie).

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Lors de la visite, il a été possible d'observer le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire, et de constater que ces professionnels connaissent bien la clientèle. Les commentaires et recommandations sont bien entendu de la part des uns et des autres; tout ceci dans le plus grand des respects. La présence d'un gestionnaire de cas permet une transmission de renseignements importants sur un client d'une équipe à une autre. De plus, des documents cliniques facilitent ce processus, par exemple, en utilisant le document pour la préparation du congé et des prochaines étapes.

En ce qui concerne le ratio patient/personnel, un projet est en cours afin d'évaluer les besoins dans le but de répondre au tableau clinique de plus en plus complexe. Cependant, il faut mentionner que la directrice autorise un surplus selon l'acuité des patients.

Finalement, à propos de la gestion des risques, le personnel connaît bien le processus et les enjeux en lien avec la sécurité des usagers ou du personnel.

2.2.8 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>L'organisme a bien documenté le portrait de sa population avant d'établir son offre de service de santé communautaire et s'assure de la cohérence entre les besoins identifiés et les services qu'il offre. Les membres de l'équipe et les partenaires prestataires de services dans la communauté participent activement à la définition de l'offre de service.</p> <p>La concertation entre l'organisme et ses partenaires de la communauté est une culture bien établie.</p> <p>Les employés ont participé à la révision de leur description de fonctions, afin de maximiser la compréhension des tâches de chacun et de réduire le chevauchement des activités de ces derniers.</p>	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>Il existe plusieurs comités de concertation interdisciplinaire au sein de l'équipe des services de santé communautaire et les employés en évaluent le fonctionnement sur une base régulière, en collaboration avec leur gestionnaire.</p> <p>Les employés affirment recevoir toutes les formations nécessaires pour leur permettre de réaliser leurs tâches et leurs responsabilités de façon sécuritaire.</p>	

Les gestionnaires réalisent l'évaluation de la contribution des membres de l'équipe de façon régulière et les employés affirment se sentir reconnus à travers ce processus et par d'autres activités de reconnaissance.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe des services de santé communautaire se donne des moyens pour discuter des situations qui pourraient comporter un enjeu éthique. Elle respecte les procédures établies par l'organisme et s'assure du bon déroulement des choses dans le respect des droits des individus.

L'équipe a participé, en collaboration avec les partenaires de la communauté, à l'élaboration d'un plan d'action triennal pour les enfants de la communauté.

À la lumière des besoins documentés, l'équipe a mis en place une organisation de services pour assurer la prise en charge des enfants et des jeunes sans médecin de famille vivant une problématique de trouble de déficit de l'attention (TDA). Cette organisation de services novatrice a permis à plus de 30 enfants d'obtenir des services de traitements et de suivis par une infirmière praticienne spécialisée (IPS) dès la première année de son implantation.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les gestionnaires des équipes des services de santé communautaire siègent régulièrement à des comités régionaux qui élaborent des documents (cadres de référence, rapports d'évaluation, programmation, etc.) Tous ces travaux sont faits en collaboration avec des instances qui assurent une cohérence avec les données probantes.

Les équipes de travail des services de santé communautaire participent à des projets de recherches avec différents acteurs et la direction de la qualité s'assure que ses projets de recherche respectent toutes les règles d'éthique en la matière.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Comme pour tous les secteurs de l'organisation, l'équipe des services de santé communautaire a bien intégré la culture d'analyse et de partage des résultats qu'elle obtient. Ses résultats sont analysés en équipe et avec les partenaires de la communauté et les ajustements aux plans d'action sont intégrés, réalisés et suivis.

L'équipe réalise annuellement une cartographie des risques potentiels pour sa clientèle et met en place des actions de prévention.

L'organisation est soucieuse du bien-être des employés et leur offre le soutien nécessaire pour assurer leur sécurité.

L'équipe réalise ensemble et avec les partenaires de la communauté l'atteinte des résultats, et ce de façon régulière.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>Les membres de l'équipe expriment être impliqués systématiquement dans l'élaboration des plans d'action qui concernent les services offerts. Cette pratique a certainement un effet positif sur le climat de travail et sur la valorisation des intervenants. Également, les partenaires de la communauté sont très présents et influencent de façon significative l'offre de service de l'équipe en santé mentale communautaire. Lors d'une rencontre de concertation entre les partenaires, l'engagement de ces derniers et leur fierté de pouvoir réaliser des projets porteurs pour la clientèle visée ont été constatés. Les efforts concertés qui sont menés par tous les partenaires contribuent à promouvoir la santé mentale et à réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales.</p> <p>Pour s'assurer que les orientations choisies par l'équipe sont en lien avec la planification stratégique et la mission de l'organisation, la direction utilise un outil de validation qui assure une concordance. De plus, les membres de l'équipe ont développé un esprit critique positif et ils révisent leurs plans d'action pour en assurer la pertinence et la réalisation.</p>	

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe réalise des rencontres interdisciplinaires régulières au cours desquelles le partage des expertises est favorisé. La présence d'un psychiatre au sein de l'équipe est un atout important pour le développement des compétences et la révision des plans d'intervention.

L'équipe dispose d'un guide d'orientation spécifique au secteur qui est très bien structuré. Il est une source importante d'information et de formation pour le nouveau personnel.

Les employés expriment leur satisfaction quant aux formations qui sont mises à leur disposition. Ils soulignent l'effort régional qui est fait pour leur permettre de recevoir de la formation pertinente qui est donnée par des partenaires de la région. Également, ils mentionnent l'efficacité des midis-conférences disponibles par visioconférence.

La répartition de la charge de travail est faite hebdomadairement et elle est discutée en équipe. Il apparaît que cette pratique favorise un bon climat de travail et responsabilise les membres de l'équipe.

La direction réalise un suivi rigoureux des nouveaux employés pour favoriser une intégration réussie. Elle réalise également une évaluation de la contribution au rendement de tous les employés de façon régulière.

L'administration a identifié des personnes clés qui assurent un leadership quotidien au sein de l'équipe. Cette pratique favorise la résolution des conflits de façon précoce.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les intervenants de l'équipe réalisent systématiquement une évaluation initiale et un plan d'intervention pour chaque client. Ils ont le souci d'impliquer la famille et l'entourage du client, ce qui favorise la sécurité de ce dernier. Également, ils fournissent des outils écrits, sous forme de dépliants, aux clients et à sa famille dans le but de favoriser leur autonomie et leur sécurité. Ils assurent une réponse rapide aux clients qui ont des besoins et réalisent des relances régulières pour la clientèle en attente de services. Ils établissent un contrat qui fait foi de consentement éclairé avec chaque client au début de chacun des épisodes de services.

Une rencontre que j'ai réalisée avec une cliente me permet d'affirmer que les intervenants de l'équipe ont intégré les valeurs de l'organisation et qu'ils offrent des services dans le respect de ces dernières. Également, il ressort de cela que la confidentialité est respectée de façon rigoureuse. La cliente rencontrée m'a dit : « J'ai l'impression d'être une personne, pas un numéro ». La satisfaction de cette dernière est tout un honneur pour les membres de l'équipe. Bravo!

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe d'intervenants en santé mentale a élaboré son plan d'action en collaboration avec le Centre national d'expertise en santé mentale. Cette démarche inscrite dans un processus Lean assure que l'offre de service du programme est basée sur des données probantes.

L'équipe est fière de pouvoir participer à des activités de recherches et s'assure que tous les principes éthiques qui s'y rattachent sont respectés.

L'utilisation de plusieurs systèmes d'information pour le dossier du client complexifie l'accès rapide à de l'information contenue dans le dossier du client. Une harmonisation des systèmes d'information pour le dossier client serait souhaitable.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe produit annuellement une cartographie des risques potentiels pour la clientèle et identifie des actions à prendre pour les prévenir. Il apparaît que la culture de déclaration des incidents et de l'analyse de ces situations dans une perspective d'amélioration est bien implantée au sein de l'équipe.

Des politiques et des procédures d'interventions ont été écrites pour assurer la sécurité des intervenants et elles sont appliquées.

La maturité de l'équipe, l'ouverture de ses membres et leur capacité à remettre les choses en question sont des éléments qui favorisent la culture d'amélioration continue qui semble être bien présente au sein de l'équipe.

2.2.10 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
Le comité « milieu de vie » qui est composé de bénévoles, résidents, représentants des résidents, membres du personnel et gestionnaires veille au suivi du plan d'action et de sa concordance avec les orientations stratégiques. Ce comité organise également des activités de reconnaissance pour le personnel.	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>L'équipe de soins de longue durée s'est dotée de plusieurs mécanismes de concertation pour assurer le développement des compétences, des communications efficaces, ainsi qu'une clarté des rôles de chacun. Une rencontre interdisciplinaire est réalisée pour chaque nouveau résident et un plan d'intervention est élaboré.</p> <p>Un comité de pilotage composé d'employés et de gestionnaires évalue le fonctionnement des activités et l'atteinte des objectifs de façon régulière et continue.</p> <p>Une rencontre journalière dont le leadership est assuré par l'assistante du supérieur immédiat (ASI) est réalisée sur chacun des quarts de travail, afin d'assurer le bon fonctionnement des activités, de permettre aux équipes de s'exprimer et de participer aux prises de décision et pistes d'amélioration.</p> <p>Un programme d'orientation pour les nouveaux employés a été élaboré pour chaque titre d'emploi et il est utilisé.</p>	

Les employés reçoivent de la formation de manière continue pour les thèmes en lien avec les services qu'ils offrent. D'ailleurs, l'équipe a diminué d'environ 50 % le taux d'utilisation des contentions dans les trois dernières années.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les membres du comité de pilotage se réunissent toutes les six semaines et s'assurent du bon déroulement des activités. Ils participent activement à faire en sorte que les situations nécessitant une amélioration ou une attention particulière sont prises en charge rapidement.

Une hygiéniste dentaire et un dentiste travaillent sur place et assurent un suivi de la santé bucco-dentaire des résidents. Le résident ou son représentant est toujours impliqué dans l'élaboration de son plan d'intervention, ainsi que pour le suivi de ce dernier. La conseillère en milieu de vie soutient l'équipe pour tout ce qui est en lien avec les questions d'éthique. Une procédure existe et est connue des employés concernant le mécanisme de recours à ce comité. L'une des infirmières de l'équipe est spécialisée en soins de plaies et soutient ses collègues au besoin. L'ergothérapeute de l'équipe joue un rôle important auprès de ses collègues pour tout ce qui est en lien avec les contentions.

L'organisation a implanté l'approche Épikura pour rendre l'expérience des repas plus agréable pour les résidents nécessitant une diète molle. Les résultats sont d'ailleurs positifs à cet égard.

L'organisation a mis sur pied un comité de soins palliatifs et s'assure que le personnel qui prodigue des soins palliatifs reçoit la formation nécessaire.

À moins d'une nécessité de transférer un résident vers un autre centre pour réaliser une chirurgie, les résidents demeurent à l'unité de soins de longue durée qui est leur milieu de vie même lorsqu'ils requièrent des soins plus aigus. C'est donc le personnel de l'équipe de soins de longue durée qui prodigue les soins, assurant la meilleure continuité possible. Dans ce processus, le personnel est formé et soutenu pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe de soins de longue durée participe activement à différents projets de recherche avec l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et celle de Montréal. Pour planifier ses services, l'équipe s'assure de respecter les recommandations de l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux. Toutes les mesures nécessaires pour respecter les règles et les lois entourant la protection de la vie privée des résidents sont appliquées.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les membres de l'équipe de soins de longue durée connaissent et appliquent les politiques et les procédures en lien avec les pratiques organisationnelles qui les concernent. Les gestionnaires travaillent avec une approche d'inclusion des employés dans les prises de décisions et l'élaboration des plans d'action. Également, ils s'assurent de partager et d'analyser les résultats avec ces derniers. Il est juste de dire que l'organisation a su développer et intégrer une culture d'amélioration continue.

2.2.11 Ensemble de normes : Services transfusionnels

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

Processus prioritaire : Services transfusionnels

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

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

Processus prioritaire : Services transfusionnels

La banque de sang du CSSS des Sources est affiliée au Centre universitaire de Sherbrooke (CHUS). En matière de médecine transfusionnelle, le CHUS agit à titre de centre désigné. Celui-ci s'acquitte très bien de ses responsabilités tant au niveau des approvisionnements des produits sanguins qu'au niveau du soutien clinique et technique.

Même si le laboratoire du CSSS des Sources offre des services minimaux en médecine transfusionnelle, tous les membres de l'équipe sont toutefois bien formés et s'acquittent avec beaucoup de rigueur des procédures opératoires normalisées en place assurant ainsi la sécurité des produits sanguins distribués aux différentes unités de soins de l'établissement. Les processus sont bien maîtrisés et les programmes de contrôle de la qualité sont en place.

On note également une très bonne collaboration entre les chargées de sécurité transfusionnelle du centre désigné, l'équipe de technologistes de la banque de sang et les équipes soignantes des unités de soins. Cette collaboration contribue à assurer un haut niveau de sécurité du continuum « veine à veine ».

La gestion des non-conformités, événements indésirables est assurée par une chargée transfusionnelle du centre désigné. Les enquêtes sont menées afin de déterminer les causes et tout est consigné comme l'indiquent les procédures en place.

Les médecins prescripteurs rencontrés ont également exprimé leur satisfaction à l'égard des services offerts par la banque de sang.

2.2.12 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
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	
<p>Lorsqu'on parle des services ambulatoires, ils regroupent les services de réadaptation physique, les soins courants, les services de chirurgie mineure, les services d'inhalothérapie/électrophysiologie. Les commentaires qui suivent s'appliquent à tous ces services cliniques.</p> <p>Les équipes connaissent fort bien les clientèles qu'elles desservent et les prestataires de services qui les réfèrent. Elles cherchent à s'ajuster à la demande, de manière à ce que les délais de réponse ne soient jamais indus. Elles sont soucieuses de repérer les meilleures pratiques et de les appliquer. Elles sont friandes d'innovations de toutes natures, tant technologiques que relatives à des modes d'intervention.</p>	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>Les membres des équipes travaillent en interdisciplinarité et favorisent cette approche. Ils tiennent à jour leurs compétences, participent à des activités de formation sur une base régulière, respectent les exigences de leur ordre professionnel, le cas échéant, et apprécient les moments d'arrêt que constitue l'évaluation de leurs rendements.</p> <p>Les employés manifestent beaucoup d'attachement envers leur organisation et de complicité entre eux.</p>	

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les soins et services, tout en répondant à des normes de bonnes pratiques, sont personnalisés. Ils sont traduits dans des cibles mesurables, de façon à s'y référer pour en évaluer l'efficacité. Invariablement, les patients (ou les proches) participent aux traitements et à la prévention d'évènements indésirables. Une attention particulière est portée à la transmission des informations aux patients ou à d'autres prestataires de soins, tant à l'interne qu'à l'externe.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes ont accès à des outils d'aide à la décision à jour et convenant à leurs mandats en matière de prestation de services. On parle ici du dossier patient, de lignes directrices, de guides de pratiques, véhiculés sous diverses formes, électroniques ou papier.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Dans le secteur de la chirurgie mineure (et endoscopie), un échange intéressant a porté sur le nettoyage, désinfection et retraitement des endoscopes.

Chaque équipe se préoccupe de son évolution, c'est-à-dire de sa situation présente et à venir, ce qui conduit à la mesure, à des échanges, à des analyses, à des choix éclairés pour les améliorer, les rendre plus efficaces et performants, satisfaisants pour les clientèles, voire reconnus et respectés. En maintes occasions, les équipes sont « victimes de leur succès »; le bouche-à-oreille faisant son oeuvre, le bassin de desserte s'élargit souvent au-delà des limites naturelles du territoire à desservir. Mais, personne ne s'en plaint.

2.2.13 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
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	
<p>L'organisme s'assure d'encadrer toute entente avec un partenaire externe par un contrat écrit et en assure le suivi mutuellement avec ce dernier.</p> <p>Les membres de l'équipe des soins et services à domicile élaborent le plan d'action de l'équipe en collaboration avec les gestionnaires. Ces derniers s'assurent de sa cohérence avec le plan de la direction, ainsi qu'avec la planification stratégique. Tous les plans d'action sont présentés au comité de direction et adoptés par le conseil d'administration. De plus, l'équipe révisé son plan d'action annuellement et en assure le suivi de manière continue.</p> <p>L'administration a mené, en collaboration avec les membres de l'équipe, deux projets Lean de réorganisation au cours de la dernière année. La réalisation de ces deux projets est la plus grande fierté de l'équipe. Les employés expriment leur satisfaction d'avoir réussi à implanter les changements et de s'être adaptés aux nouveaux modes de fonctionnement. Ces réalisations contribuent très certainement à favoriser l'implication et l'engagement du personnel, ainsi que l'intégration d'une culture d'amélioration continue.</p> <p>De plus, l'administration a implanté des tableaux d'amélioration qui permettent aux employés d'identifier les situations nécessitant une amélioration et de planifier les actions à mettre en place. L'organisme aurait intérêt à développer davantage cette pratique, à l'adapter et à l'étendre au sein de toutes ses équipes.</p>	

Processus prioritaire : Compétences

Les descriptions de fonctions des membres de l'équipe des soins et services à domicile sont écrites et connues des employés.

L'évaluation de la période de probation des nouveaux employés est réalisée systématiquement, ainsi que l'évaluation de la contribution des employés.

Le personnel dit être satisfait des formations offertes par l'employeur. Il exprime que celles-ci sont en nombre suffisant, qu'elles sont pertinentes et qu'elles répondent à leur besoin.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les membres de l'équipe des soins et services à domicile réalisent des rencontres interdisciplinaires bihebdomadaires. Les rôles et les responsabilités de chacun sont connus, compris et appliqués de tous. La communication entre les différents intervenants est facilitée par la proximité du milieu et assurée par des processus formels à travers des rencontres interdisciplinaires.

L'organisme a des documents écrits pour chacune des pratiques organisationnelles requises. Ces documents sont d'une grande qualité et ils sont connus de tous. De plus, les politiques et les procédures d'application qui y sont rattachées sont appliquées par tous les employés.

L'organisme utilise différents formulaires de référence pour transmettre les renseignements d'un prestataire de services à un autre. Il aurait intérêt à harmoniser ses outils et à en réduire le nombre.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de l'équipe des soins et services à domicile savent où trouver l'information dont ils ont besoin pour effectuer leur travail et ils n'hésitent pas à consulter ces sources, et ce, toujours dans le respect de la confidentialité.

L'équipe participe à des projets de recherche avec enthousiasme et sait tirer profit de ces expériences pour assurer une offre de service inspirée des données probantes. Elle applique également les recommandations faites par l'observatoire estrien qui veille à fournir aux établissements de la région des lignes directrices à cet égard.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les membres de l'équipe des soins et services à domicile expriment avoir reçu de la formation en matière de sécurité et de prévention du suicide.

L'administration partage les résultats obtenus avec les membres de l'équipe dans une perspective d'amélioration continue. Ces derniers sont proactifs dans la recherche de solutions pour favoriser l'amélioration.

Section 3 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.

3.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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

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

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

- Période de collecte de données : 6 octobre 2014 au 8 octobre 2014
- Nombre de réponses : 17

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	12	0	88	93
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	6	0	94	95
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	6	0	94	97
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	6	0	94	95

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	6	12	82	92
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	6	6	88	95
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	6	0	94	98
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	6	0	94	96
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	12	6	82	94
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	12	0	88	94
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	13	6	81	89
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	6	6	88	93
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	12	6	82	96
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	6	12	82	88
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	6	0	94	97
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	6	0	94	95

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	6	0	94	97
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	18	18	65	82
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	6	13	81	72
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	25	19	56	64
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	18	12	71	81
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	25	13	63	64
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	12	12	76	80
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	6	6	88	84
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	24	0	76	69
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	6	0	94	96
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	19	13	69	84
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	6	0	94	95

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	6	12	82	85
30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	6	0	94	92
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	6	13	81	87
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	7	7	87	84
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	7	7	87	90
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	6	0	94	94
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	12	0	88	94
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	12	6	82	89
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	6	6	88	95

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

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

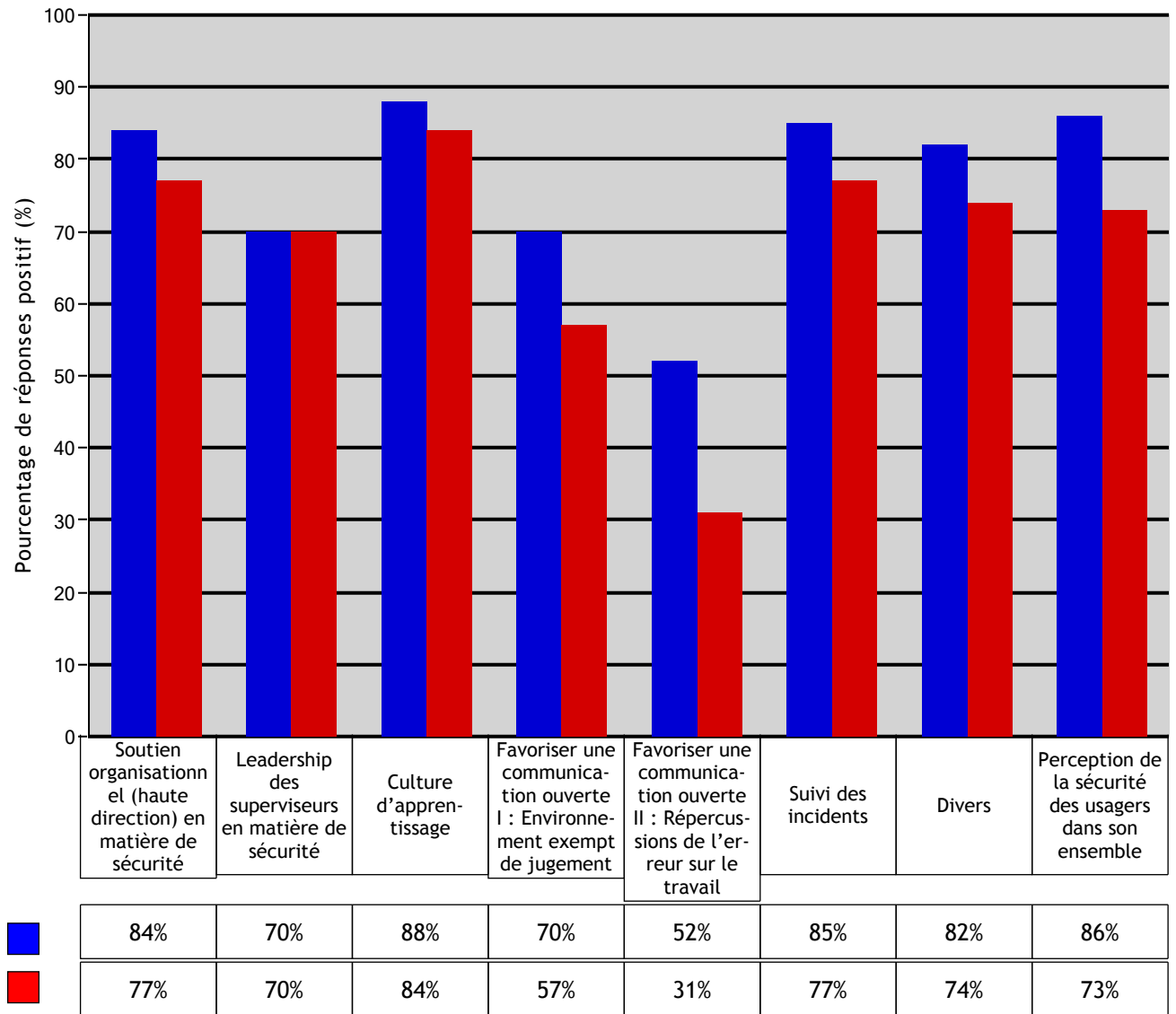
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- Période de collecte de données : 12 mai 2014 au 11 juillet 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 161
- Nombre de réponses : 161

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



Légende

- Centre de santé et de services sociaux des Sources
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

3.3 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 des Sources 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	83,00	81,00	85,00	79,00	75,00	83,00
VERT	Implication	83,00	81,00	84,00	75,00	71,00	81,00
JAUNE	Collaboration	82,00	80,00	84,00	78,00	75,00	82,00
VERT	Soutien	81,00	79,00	83,00	71,00	68,00	78,00
JAUNE	Communication	76,00	74,00	78,00	69,00	64,00	75,00
JAUNE	Leadership organisationnel	74,00	72,00	76,00	72,00	68,00	79,00
JAUNE	Leadership du gestionnaire	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JAUNE	Environnement de travail/sécurité	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

3.4 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 des Sources 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	92,00	90,00	94,00	83,00	81,00	87,00
VERT	Organisation des services	91,00	89,00	93,00	82,00	81,00	86,00

Clientèle CH et CLSC :

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS des Sources 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	90,00	90,00	91,00	91,00	90,00	93,00
JAUNE	Prestation professionnelle	87,00	86,00	88,00	88,00	86,00	90,00
JAUNE	Organisation des services	85,00	84,00	86,00	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 clients et des familles entre les services et les milieux de soins.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les partenaires de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation appropriées des ressources.
Gestion intégrée de la qualité	Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.
Préparation en vue de situations d'urgence	Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

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

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
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, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.