ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Sherbrooke, QC

Séquence 1

Dates de la visite d'agrément : 20 au 25 octobre 2019

Date de production du rapport : 1 décembre 2019

Au sujet du rapport

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en octobre 2019. Ce rapport d'agrément 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 se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport d'agrément.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada encourage 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 d'agrément compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

© Agrément Canada 2019

Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,

Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire 1

Au sujet de la visite d'agrément 2

Analyse selon les dimensions de la qualité 4

Analyse selon les normes 5

Aperçu par pratiques organisationnelles requises 6

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs 9

Résultats détaillés de la visite 12

Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires 13

Processus prioritaire : Gouvernance 13

Processus prioritaire : Planification et conception des services 14

Processus prioritaire : Gestion des ressources 15

Processus prioritaire : Capital humain 16

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité 17

Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes 18

Processus prioritaire : Communication 19

Processus prioritaire : Environnement physique 20

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence 21

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes 23

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux 24

Résultats pour les normes sur l'excellence des services 28

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service 28

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service 31

Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service 35

Résultats des outils d'évaluation 38

Outil d’évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) 38

Commentaires de l'organisme 42

Annexe A - Programme Qmentum 44

Annexe B - Processus prioritaires 45

Sommaire

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été 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 et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent notamment les normes d'excellence pancanadiennes et les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour des usagers.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et 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.

Il convient de féliciter l'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.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 20 au 25 octobre 2019**

- **Emplacements**

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

  1. Centre d'hébergement Saint-Vincent (Centre administratif Saint-Vincent) - 5122-6835
  2. Centre de santé et de services sociaux du Granit - 5122-3832
  3. CIUSSS de l'Estrie - CHUS - Édifice Murray
  4. CIUSSS de l'Estrie - CHUS - Édifice Norton
  5. CLSC King Ouest - 5122-4467
  6. Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins - 5122-9185
  7. Hôpital de Granby - 5122-8120
  8. Hôpital Fleurimont - 5121-6687
  9. Hôpital, CLSC et centre d'hébergement d'Asbestos - 5121-9293
  10. Hôtel-Dieu de Sherbrooke - 5121-6695

- **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. Gestion des médicaments
  2. Gouvernance
  3. Leadership
  4. Prévention et contrôle des infections

  Normes sur l'excellence des services

  5. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
  6. Santé publique - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

  L'organisme a utilisé les outils suivants :

  1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

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.)	56	1	0	57
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	189	19	8	216
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	61	4	3	68
Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	27	3	2	32
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	2	0	1	3
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	247	29	8	284
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	29	1	2	32
Total	**627**	**57**	**24**	**708**

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
Gouvernance	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	32 (100,0%)	0 (0,0%)	4	80 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Leadership	46 (97,9%)	1 (2,1%)	3	89 (96,7%)	3 (3,3%)	4	135 (97,1%)	4 (2,9%)	7
Prévention et contrôle des infections	31 (77,5%)	9 (22,5%)	0	30 (96,8%)	1 (3,2%)	0	61 (85,9%)	10 (14,1%)	0
Gestion des médicaments	67 (91,8%)	6 (8,2%)	5	58 (95,1%)	3 (4,9%)	3	125 (93,3%)	9 (6,7%)	8
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	73 (83,0%)	15 (17,0%)	0	24 (60,0%)	16 (40,0%)	0	97 (75,8%)	31 (24,2%)	0
Santé publique	46 (100,0%)	0 (0,0%)	1	65 (95,6%)	3 (4,4%)	1	111 (97,4%)	3 (2,6%)	2
Total	**311 (90,9%)**	31 (9,1%)	11	298 (92,0%)	26 (8,0%)	12	609 (91,4%)	57 (8,6%)	23

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

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			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
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 usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2

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.

Depuis la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS) en 2015, une nouvelle structure a été implantée pour favoriser une meilleure intégration des services sur le plan clinique et pour mieux répondre aux besoins de la clientèle tout au long de la trajectoire de services. L'harmonisation des pratiques dans une nouvelle organisation qui regroupe différentes cultures organisationnelles et plusieurs approches d'intervention constitue toutefois un enjeu.

Nous observons que la mise à jour des infrastructures entraîne une multitude de projets d'immobilisation, lesquels mobilisent beaucoup de ressources dans un contexte où la capacité est limitée. La direction a là un défi d'équilibre dans un contexte où les besoins sont des plus importants.

Par ailleurs, l'environnement physique, dans certains milieux, présente des risques pour la clientèle ainsi que pour les travailleurs qui y œuvrent. L'environnement physique est cependant adéquat dans plusieurs sites en périphérie du CIUSSS. Des enjeux majeurs demeurent présents à l'Hôpital Fleurimont en regard du niveau du processus de gestion de la désuétude et de l'entretien préventif des équipements.

D'importantes stratégies sont déployées pour le recrutement, mais également pour la rétention de la main d'œuvre; cela mérite d'être souligné. Le sentiment d'appartenance à l'établissement est marqué et s'observe dans les équipes. La gestion de proximité et le contact humain sont privilégiés. La reconnaissance est très présente.

La culture de gestion de la qualité et des risques est présente dans les équipes d'intervenants sur le terrain. Une culture de déclaration et de divulgation est en place. Au niveau stratégique, la gestion des risques opérationnels est considérée. Depuis la dernière visite, nous constatons d'importants efforts afin d'accroître les déploiements des différentes pratiques organisationnelles requises. Nous encourageons fortement les équipes à s'approprier ces pratiques pour assurer des soins sécuritaires, et ce, dans l'intérêt des usagers. Leur mise en œuvre est garante de la sécurité des usagers. L'établissement devra donc y porter une attention particulière afin de les consolider. Notons que la gestion des médicaments est solide et rigoureuse dans son ensemble.

Au niveau des équipes cliniques, le partenariat avec l'usager et sa famille dans ses soins et services est un acquis. Toutefois, l'apport des usagers et de leurs proches dans des processus administratifs demeurera à

développer davantage. Les expériences vécues où l'on a eu recours à des usagers partenaires ont été très positives pour tous.
Les équipes offrent des soins personnalisés dans une approche humaine et respectueuse des usagers. La satisfaction de la clientèle est observée lors de la visite. L'équipe des visiteurs tient à souligner l'engagement et le dévouement du personnel rencontré.

Dans les secteurs de la jeunesse en difficulté, de la santé mentale jeunesse, de la protection de la jeunesse et de la pédopsychiatrie, nous avons constaté des gestionnaires et des équipes mobilisés et engagés. De plus, le respect pour les usagers et leurs proches ainsi que les efforts pour qu'ils s'impliquent dans les soins et services sont très présents. Il existe de nombreux programmes cliniques, de nombreuses approches et des travaux d'harmonisation des outils et des pratiques cliniques sont en cours. L'établissement est invité à poursuivre les efforts d'amélioration continue et les démarches de performance avec rigueur afin de bonifier la qualité et la sécurité des soins et des services.

Les composantes territoriales étant définies et intégrées, les équipes en place ont débuté l'harmonisation des processus. Au niveau de la prévention et du contrôle des infections (PCI), nous constatons un leadership fort qui s'impose et est visible au sein de l'établissement. Les travaux pour l'intégration vont bon train et l'engagement des équipes démontre une volonté réelle d'améliorer les choses dans un souci de qualité à l'égard des soins et services à l'usager. Toutefois, le soutien des hautes instances demeure capital pour le suivi et la réussite de l'amélioration des conditions existantes, et ce, pour toutes les équipes rencontrées.

Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS est un établissement qui peut compter sur des équipes engagées et soucieuses d'offrir des services de qualité et sécuritaires. Il peut aussi être fier des nombreux partenariats que les équipes ont su créer avec la communauté. Fort de ses arrimages, il est un leader provincial en ce sens.

Soulignons que les équipes de la direction jeunesse ont démontré leur engagement envers leur clientèle dans toutes les installations. L'esprit de collaboration et la créativité des équipes sont une source d'inspiration. Plusieurs des idées novatrices méritent un rayonnement au-delà de votre établissement.

L'implantation de salles de pilotages au niveau stratégique témoigne clairement de la volonté de la haute direction d'assurer une gestion intégrée de la performance de ses activités. Au cours des dernières années, des efforts importants ont été déployés afin d'intégrer les neuf réseaux locaux qui composent l'établissement.

De nombreux travaux d'harmonisation des pratiques ont été réalisés et plusieurs plans d'action ont vu le jour. L'actualisation de toutes ses réalisations demeure un défi de taille, surtout dans un contexte de rareté de la main d'œuvre. Nous sommes sûrs que le CIUSSS de l'Estrie-CHUS possède les atouts, la volonté et la créativité nécessaires pour relever le défi avec brio.

Dans les trajectoires de soins « Santé mentale et dépendance », nous avons rencontré des gens de cœur entièrement dédiés à une clientèle vulnérable. À travers leurs propos et différents projets présentés, ils ont su démonter un savoir-être empreint de respect et d'humanisme primordial pour une clientèle qui a souvent eu un vécu difficile.

La mise en place du comité de gestion du programme santé mentale et dépendances permet d'établir les lignes directrices et les grandes orientations des différentes offres de service, et ce, tant pour le secteur hébergement - communauté que pour le milieu hospitalier. Il a été permis de constater un engagement dans le processus d'amélioration continue de la qualité. Il est également ressorti un souci d'une gestion intégré de la qualité et de la performance.

L'implication de plusieurs usagers partenaires, constatée dans plusieurs projets, démontre que l'expérience vécue par les usagers a aussi de l'importance et que cette dimension représente un atout essentiel et incontournable pour des programmes et services de qualité qui demeurent centrés sur les besoins de ceux à qui ils sont destinés.

Les continuums de services sont développés et améliorés en étroite collaboration avec les différents partenaires de la communauté, ce qui permet aussi une implication de la communauté dans un esprit de responsabilité partagée centrée sur l'amélioration du bien-être des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale ou de dépendance.

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

Veuillez consulter l'annexe B 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
POR	Pratique organisationnelle requise
PRINCIPAL	Test principal de conformité aux POR
SECONDAIRE	Test secondaire de conformité aux POR

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.

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 (CA) est composé de membres/administrateurs hautement compétents dont l'expertise individuelle est diversifiée et complémentaire. Les échanges avec les membres témoignent d'un fonctionnement efficace du conseil d'administration, les rôles et responsabilités sont définis clairement et la mise en place de divers comités requis pour l'assurance d'une saine gouvernance est présente. Le CA dispose des mécanismes appropriés permettant d'assurer la saine gestion financière de l'établissement, la qualité des soins dispensés ainsi que la sécurité des usagers et leur satisfaction.

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)
Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS dispose d'une planification stratégique qui découle des orientations ministérielles et qui est bonifiée par des plans opérationnels afin de bien représenter la mission, la vision et les valeurs du milieu. Toutes les personnes rencontrées témoignent et incarnent les valeurs promues par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, plusieurs exemples démontrent concrètement l'application de celles-ci dans les soins et les services offerts. Un fort sentiment d'appartenance émane des différents intervenants, professionnels, médecins et bénévoles. Des plans opérationnels sont élaborés afin de soutenir l'atteinte des objectifs de l'établissement.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Les activités principales visant à surveiller, administrer, et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources sont respectées pour toutes les dimensions et tous les critères évalués. La planification financière sous forme de cycle annuel est présente, le suivi périodique et l'analyse des écarts sont effectués. La réallocation des ressources est aussi possible selon des règles internes précises. Un souci constant de performance est présent et en cohérence avec les enjeux de qualité et de sécurité des soins. Un comité de vérification financière sous le Conseil d'administration est en place et assure un rôle clé pour la saine gestion financière de l'établissement.

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)
La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques se démarque par une gouvernance forte et très bien établie. Elle se distingue par son mode de gestion de proximité avec ses clients. Plusieurs stratégies ont été mises en place afin de favoriser la rétention des effectifs humains et des activités hors du commun sont déployées afin de recruter la main-d'œuvre en quantité suffisante. Malgré ce grand défi, l'offre des services cliniques et de soutien aux activités cliniques a été maintenue. D'importantes actions sont mises en place afin de reconnaître le potentiel des équipes et du soutien est offert pour leur développement.

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)
La gestion intégrée de la qualité est l'un des piliers de l'établissement. Ce phare indique les orientations stratégiques d'où découlent les choix prioritaires. Des équipes compétentes sont dédiées à la gestion intégrée de la qualité. Un modèle de performance robuste est en place ainsi qu'une gestion des risques, tant cliniques qu'administratifs. Rapidement, dès qu'un événement sentinelle est identifié, l'événement est analysé méthodiquement et des actions structurantes sont déployées afin d'éviter qu'un tel événement se reproduise. Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs ont eu l'occasion, à de multiples reprises, de voir des projets d'amélioration qui améliorent les soins et les services, mais également de nombreux projets qui contribuent au soutien des équipes cliniques et administratives. Enfin, nous constatons que le cycle d'amélioration continue de la qualité est présent à tous les niveaux de l'établissement et les différentes équipes y sont associées.

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)
Un cadre éthique robuste est implanté dans l'organisation et les membres du comité d'éthique clinique et organisationnelle sont actifs et engagés avec passion afin de soutenir les équipes aux prises avec des enjeux éthiques. Plusieurs situations ont été présentées et témoignent de la robustesse du fonctionnement du comité d'éthique clinique et organisationnelle. Les membres du comité font preuve d'une très grande maturité et s'investissent quasi sans compter afin d'atteindre leurs objectifs. Plusieurs outils ont été développés. L'autoformation des membres est aussi une priorité au sein de l'équipe.

Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes 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)
Les communications, tant à l'interne qu'à l'externe, demeurent une priorité stratégique pour l'établissement. Une plateforme « intranet » est exploitée efficacement afin de rejoindre les différents publics internes. De plus, un site internet dynamique est mis à la disposition de la population. Des formulaires sont également disponibles « en ligne » afin que la population communique avec l'établissement. Les communications reçoivent un volume important de demandes médias, mais l'établissement sollicite également les médias, proactivement, afin d'informer la population de divers sujets. Un souci de l'image graphique est omniprésent pour toute la documentation officielle, tant à l'interne qu'à l'externe. Les systèmes d'information cliniques et administratifs demeurent en évolution constante tandis que l'offre de service de la Direction des ressources informationnelles et des technologies a été révisée afin d'être davantage en soutien aux activités cliniques. Les projets sont nombreux et un processus de priorisation est en place afin de soutenir l'ordonnancement des projets prioritaires.

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)

Plusieurs rénovations et transformations récentes des installations contribuent à rehausser la sécurité et l'efficience des services ainsi que la convivialité de l'expérience des usagers. L'établissement met en place des processus d'inspection des travaux par les chargés de projets et par la PCI. Cependant, l'exécution des inspections varie d'une installation à l'autre. L'établissement est encouragé à assurer un niveau de supervision uniforme dans toutes les installations durant les constructions. L'établissement est également encouragé à poursuivre ses efforts pour assurer une communication en temps opportun avec l'ensemble des parties prenantes lors des projets de construction. Par exemple, aviser les techniciens en bâtiment lors de l'ajout d'équipements afin que ces derniers soient consignés aux dossiers des services techniques et que des entretiens préventifs soient programmés lorsque requis.

L'établissement fait face à des défis considérables de recrutement et de rétention des ressources humaines spécialisées. La surcharge de travail dans certaines installations, notamment à l'Hôpital Fleurimont, génère des retards importants dans l'entretien préventif de l'ensemble des équipements. Le temps des ressources humaines étant grugé par les travaux correctifs, l'entretien préventif est chroniquement retardé. Avec un parc d'équipement vieillissant, une attention particulière pour leur entretien et remplacement est requise. Par conséquent, l'établissement est invité à consolider le processus de gestion de la désuétude et de l'entretien préventif des équipements. Afin de faciliter l'entretien préventif, l'établissement est également invité à poursuivre ses efforts de coordination des plages horaires pour permettre au personnel de la Direction des services techniques (DST) de réaliser les divers entretiens préventifs des équipements.

Par ailleurs, l'établissement démontre un souci écoénergétique constant dans certains choix d'équipements et stratégies d'opération. Les initiatives pour l'embauche de travailleurs ayant une déficience pour exécuter certaines tâches répétitives sont à souligner. Ces initiatives illustrent le souci du service à la communauté en aidant les personnes ayant une déficience à intégrer le marché du travail.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership		
14.4	De la formation est offerte pour appuyer le plan d'intervention relatif à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence.	
14.5	Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
14.6	Les résultats de l'analyse et du bilan qui font suite à l'exercice sont utilisés pour réviser au besoin les plans et procédures relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgences.	
Ensemble de normes : Santé publique		
13.7	L'intervention d'urgence en santé publique est mise à l'essai dans le cadre d'exercices généraux d'intervention tous risques en cas de catastrophe ou d'urgence.	

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

L'équipe des mesures d'urgence est composée de personnes ayant une expertise et des compétences variées et complémentaires qui lui procurent une belle force. Les travaux que cette équipe a réalisés depuis la création du CIUSSS sont importants et se concentrent surtout à l'harmonisation des processus. Un système d'alerte centralisé et accessible en tout temps a été mis en place. En plus de favoriser l'accessibilité, ce système simplifie les processus et augmente assurément la performance, l'efficience et la sécurité. Un autre outil développé par l'équipe est la plateforme électronique (valise de garde) qui permet un suivi rigoureux de tous les événements déclarés, assure une communication exemplaire et permet une rétroaction rapide. Cet outil semble bien utilisé et compris de tous les acteurs concernés et est utilisé par l'équipe pour réaliser des analyses de situations et dégager des pistes d'amélioration pour toute situation. L'équipe a également développé de solides arrimages avec de nombreux acteurs de la communauté avec qui elle travaille en étroite collaboration à tous les niveaux, de la prévention aux événements majeurs. Ces partenariats assurent entre autres une vigie accrue en termes de surveillance. Des agents d'intervention sont systématiquement déployés sur les lieux d'un événement dès que celui-ci est connu et assurent les communications en direct avec l'équipe des mesures d'urgence, afin d'assurer la coordination et le déploiement d'interventions dans les meilleurs délais.

L'une des forces de l'établissement en matière de sécurité civile est d'avoir établi un mécanisme qui exige

l'aval de l'équipe d'experts en mesures d'urgence pour tout projet pouvant potentiellement comporter des risques pour la sécurité. Également, la population peut compter sur un système d'appoint fiable et complet qui est bien maîtrisé par l'équipe.

Depuis la création du CIUSSS, l'équipe des mesures d'urgence a déployé des efforts considérables pour harmoniser les pratiques sur tout son territoire, ainsi que pour développer des outils leur permettant de répondre aux besoins de la nouvelle réalité. Les prochaines étapes devront être concentrées davantage pour assurer la connaissance de tous les processus par toutes les personnes concernées. Citons entre autres la formation du personnel sur les plans des mesures d'urgence. Bien que de l'information soit donnée à la journée d'accueil général des nouveaux employés, l'équipe devra relever le défi d'assurer que tout le personnel connaît les outils et qu'il est formé adéquatement pour intervenir, et ce, en pérennité. Un autre défi de taille est la réalisation d'exercices de simulation en nombre suffisant et à intervalle régulier.

L'équipe a bien intégré la notion d'amélioration continue et qu'elle a le souci d'améliorer ses processus à la lumière des commentaires reçus via les fiches de suivi des événements dans la valise de garde ou encore à la suite des éléments collectés lors d'exercices post-événements. L’équipe est fortement encouragée à implanter une salle de pilotage qui lui permettra d’intégrer et de formaliser le processus en identifiant des indicateurs et en assurant leur suivi.

Finalement, bien que chaque secteur offrant des services ait développé son plan de contingence, il n'y a pas un plan formel centralisé de la continuité des opérations pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence. L'élaboration d'un tel plan passe inévitablement par une collaboration de toutes les directions cliniques avec l'équipe des mesures d'urgence et pourrait être considérée éventuellement.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Un comité des usagers, composé de membres engagés, est en place dans l'établissement et est très actif afin d'améliorer l'expérience des usagers du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Un souci constant est présent pour la qualité des services offerts et le comité mentionne le soutien offert par les membres de la direction de l'établissement afin qu'ils puissent atteindre leurs objectifs.

Des actions d'envergure sont mises en place afin de nourrir l'approche « usager partenaire ».

Un gestionnaire passionné et engagé assure efficacement le développement de l'approche et contribue au développement du savoir auprès des intervenants de l'établissement.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership		
9.6	Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.	
Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables		
1.1	Au moins une fois par année, de l'information est recueillie sur le niveau d'utilisation des services auprès de tous les secteurs de l'organisme qui ont besoin de services de retraitement et les données sont communiquées à l'URDM.	!
1.2	L'information recueillie sur les services offerts et sur leur utilisation sert à déterminer la gamme de services de retraitement et la façon dont ils sont fournis.	!
2.5	L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
3.1	L'URDM est conçue et aménagée en fonction du niveau d'utilisation des services, de la gamme de services de retraitement et de la circulation à sens unique des dispositifs médicaux.	
3.3	L'accès à l'URDM est contrôlé en limitant l'accès aux membres autorisés de l'équipe et en indiquant clairement où se trouve l'unité de retraitement.	!
3.5	Les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'URDM et les aires d'entreposage.	!
3.6	L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
5.5	Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe.	

5.6	Le programme d'orientation porte sur les pratiques de travail sécuritaires, y compris la sécurité des usagers, la santé et sécurité au travail ainsi que le contrôle et la prévention des infections.	!
5.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
6.1	La charge de travail de chaque membre de l'équipe est assignée et évaluée de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'usager et de l'équipe.	
6.4	Une politique guide les membres de l'équipe lorsqu'il s'agit de formuler des plaintes, des préoccupations et des griefs.	
7.1	Des politiques claires et concises sont élaborées et maintenues pour les services de retraitement.	!
7.3	L'organisme dispose de politiques et de procédures sur les dispositifs médicaux empruntés, partagés, consignés ou loués.	!
7.5	Des procédures opératoires normalisées (PON) claires et concises sont élaborées et maintenues pour les services de retraitement.	
7.9	Les politiques et les PON sont mises à jour régulièrement et approuvées en conformité avec les exigences de l'organisme, s'il y a lieu.	!
7.10	La conformité aux politiques, aux PON et aux directives des fabricants est évaluée régulièrement et des changements sont apportés s'il y a lieu.	
8.9	Des évaluations du milieu de travail doivent avoir lieu régulièrement dans l'URDM afin de vérifier l'ergonomie de même que la santé et sécurité au travail.	!
14.8	Une politique est suivie pour la conservation de tous les avis de rappel et les rapports.	
15.1	Un programme d'amélioration de la qualité des services de retraitement est en place et il intègre les principes de contrôle de la qualité, de gestion des risques et d'amélioration continue.	
15.2	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes et des membres de l'équipe.	
15.3	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des parties prenantes.	

15.4	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes.	!
15.5	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des parties prenantes.	
15.6	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.7	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
15.8	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
15.9	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.10	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
15.11	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux parties prenantes, aux équipes, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
15.12	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité avec l'apport des parties prenantes.	

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

Nous avons visité plusieurs unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

Des équipes stables et dédiées sont disponibles. La propreté des lieux est remarquable dans son ensemble.
Néanmoins, nous invitons l'établissement à poursuivre les travaux de mise à niveau des URDM. Plusieurs URDM peuvent représenter un risque pour la sécurité des usagers si des mesures ne sont pas prises. Le niveau des activités ou la complexité des cas ajoute à la pression exercée sur les équipes en place et il y a risque d'escamoter des étapes du processus de retraitement lorsque la pression d'obtenir l'équipement dans des délais minimaux est trop forte.

L'équipe rencontrée est consciente de tous les aspects non conformes dans ses installations. Nous encourageons l'établissement à élaborer son plan d'amélioration en précisant les actions urgentes

demandant un correctif à court terme.

Des travaux sont à prévoir à terme pour l'appréciation au rendement, la mise à jour des procédures opératoires normalisées (PON) et la mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité.

Hôtel-Dieu de Sherbrooke : Tables avec mélamine qui sont abîmées. Porte d'accès au secteur souillé à revoir, de même que les indications et consignes au personnel qui ont accès à cet espace.

CSSS du Granit : URDM intégrée au bloc opératoire; propreté des lieux remarquable.
Libre circulation des personnes à l'entrée du bloc opératoire qui est également l'aire de circulation du matériel souillé et propre de l'URDM.
Système de ventilation commun avec le bloc opératoire : L'équipe est invitée à s'assurer que les systèmes ne sont pas source ou vecteur de possibles infections.

Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins :
Un projet de réaménagement est imminent afin de modifier certaines fournitures de bois.

Hôpital Fleurimont :
Au moment de la visite, il y a beaucoup d'encombrement au niveau de l'aire souillée. Les espaces sont petits et méritent une attention particulière.
Enfin, nous invitons l'établissement à revoir les ressources documentaires et à les ajuster aux procédures opérationnelles normalisées. Le processus d'approbation quant aux rôles et responsabilités des parties prenantes et de diffusion des PON sera à clarifier au sein de l'établissement.

Équipements médicaux et non médicaux :

Un changement dans la gouverne au sein de l'équipe du génie biomédical (GBM) a donné un élan pour amorcer un travail de fond, soit procéder à l'inventaire complet de l'ensemble des équipements médicaux. L'inventaire des équipements non médicaux est en voie de finalisation par l'équipe des services techniques.

Nous soulignons le dynamisme de l'équipe et la volonté d'outiller les utilisateurs avec des équipements de pointe qui vont être pleinement utilisés par les usagers, assurant une efficience dans les soins et services à la clientèle.

L'équipe du GBM s'est adjoint des ressources humaines additionnelles au cours de la dernière année qui vont lui permettre d'offrir une plus grande expertise et une plus grande disponibilité aux équipes terrain. Nous soulignons un souci de l'équipe à uniformiser les pratiques pour l'ensemble des installations.

Une nouvelle équipe est en place pour la Direction des services techniques (DST) à l'Hôpital Fleurimont et nous invitons l'établissement à poursuivre les efforts de concertation du GBM avec celle-ci.

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 :

Leadership 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.

Impact sur les résultats

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

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 prestateurs 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.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments		
10.2	La variété de pompes à perfusion d'utilisation générale, de pompes à seringue et de pompes d'analgésie contrôlées par l'usager est limitée.	!
11.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes est élaborée et mise en oeuvre.	!

11.4	Les limites incontournables et les limites contournables établies sont testées régulièrement dans le but de s'assurer que la pompe intelligente fonctionne bien.	!
11.5	Les limites incontournables et les limites contournables établies sont vérifiées régulièrement et des changements sont apportés au besoin.	
12.1	L'accès aux aires d'entreposage des médicaments est réservé aux membres de l'équipe autorisés.	!
12.2	Les aires d'entreposage des médicaments sont nettoyées et organisées régulièrement.	
12.6	Dans la pharmacie et les unités de soins, les médicaments dont l'apparence et le nom sont semblables, les diverses concentrations d'un même médicament, de même que les médicaments de niveau d'alerte élevé sont rangés séparément.	!
12.7	Les médicaments périmés, endommagés et contaminés, ainsi que ceux qui sont interrompus ou qui font l'objet d'un rappel sont rangés séparément des médicaments couramment utilisés, tant dans la pharmacie que dans les unités de soins, en attendant qu'ils soient retirés.	!
22.3	Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont rangés de façon sécuritaire et appropriée.	

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'établissement est félicité pour sa grande rigueur en gestion des médicaments dans l'ensemble des installations. La plupart des réserves de médicaments sont organisées et entretenues avec soin. L'établissement est encouragé à prendre des moyens pour s'assurer que la rigueur soit maintenue en tout temps dans tous les sites.
De plus, les initiatives novatrices pour sécuriser le circuit du médicament sont à souligner. Quelques exemples d'initiatives novatrices sont la création d'une structure de gouverne du circuit du médicament qui émet des directives transversales, l'auto-évaluation du circuit du médicament via le questionnaire de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP) et des analyses prospectives et de causes souches. Le département de pharmacie est encouragé à publiciser davantage ses réalisations uniques au Québec et à les soumettre pour des prix d'excellence ou d'innovation nationale et internationale.

Un élément majeur à remédier est l'entreposage non sécurisé des médicaments laissés au chevet du patient. Une pratique commune dans plusieurs installations est de laisser les médicaments en auto-administration par le patient et les pompes de médicaments administrés par les inhalothérapeutes au chevet du patient aux vues de tous et accessibles par tous. L'établissement est fortement invité à sécuriser

l'accès des médicaments en automédication et en administration en inhalothérapie dans les plus brefs délais.
Un élément surprenant est que l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et l'Hôpital Fleurimont sont moins avancés au niveau de l'automatisation que plusieurs autres installations du CIUSSS et du Québec. L'établissement est invité à soutenir l'automatisation de ceux-ci afin d'optimiser le niveau de sécurité dans la gestion des médicaments.

L'uniformisation des pratiques et des outils demeure un enjeu important, d'autant plus que la colonne vertébrale des opérations pharmaceutiques, soit le logiciel informatique, est différente dans plusieurs installations. La Direction des services professionnels est encouragée à réaliser ses plans d'uniformisation et d'intégration au niveau terrain.

Finalement, l'établissement est invité à favoriser une collaboration inter direction pour le processus de gestion des pompes intelligentes, notamment pour clarifier les rôles et responsabilités.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections		
2.9	L'avis est demandé à l'équipe de prévention et de contrôle des infections lors de la mise à jour des processus entourant la sélection et la manipulation de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux.	!
4.1	Une évaluation des risques est effectuée afin de cerner les activités à risques élevés, puis ces activités sont prises en considération dans le cadre de politiques et de procédures.	!
4.2	Des politiques et des procédures qui correspondent aux règlements applicables, aux données probantes et aux meilleures pratiques, ainsi qu'aux priorités organisationnelles sont en place.	!
4.4	Des politiques et des procédures sur les appareils et instruments médicaux prêtés, partagés, consignés ou loués sont en place.	!
4.7	Les politiques et les procédures de prévention et de contrôle des infections sont régulièrement mises à jour en fonction des modifications apportées aux règlements, aux données probantes et aux meilleures pratiques applicables.	!
7.1	Des politiques et des procédures en santé et sécurité au travail sont en place pour réduire le risque de transmission de micro-organismes au sein des membres de l'équipe et des usagers.	!
7.2	Une politique d'immunisation est élaborée ou adoptée pour procéder au dépistage auprès des membres de l'équipe et leur offrir la vaccination.	!
7.5	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!
7.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
9.5	La conformité aux politiques et aux procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique est régulièrement évaluée, avec l'apport des usagers et des familles, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Équipe dynamique qui est soucieuse d'harmoniser les processus liés à la prévention des infections.
Il y a une cohésion d'équipe évidente avec les infectiologues et les équipes partagent des dossiers communs.

Présence d'un programme de prévention des infections harmonisé pour l'ensemble du CIUSSS qui renferme les meilleures pratiques et les données probantes.

Programme de surveillance des infections nosocomiales en fonction et le niveau d'infection est surveillé de manière rigoureuse par des conseillères en prévention des infections disponibles pour l'ensemble des installations.

L'établissement assure une veille épidémiologique pour l'influenza aviaire hautement pathogène et pour le syndrome du Moyen-Orient.

Le programme Prévention et contrôle des infections (PCI) est présent au sein des instances stratégiques de l'établissement. Que ce soit pour les projets de construction, de rénovation l'avis de l'équipe est considéré.

L'équipe est soucieuse de faire des inspections régulières des secteurs cliniques et de partager les observations et recommandations avec les chefs concernés. Nous invitons l'établissement à mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations de la PCI. Les suivis sont faits à géométrie variable selon les installations et un processus permettrait de solutionner les problématiques soumises à l'attention des gestionnaires et des équipes.

Également, nous invitons l'équipe à travailler de concert avec l'équipe de santé et sécurité au travail pour la mise en place et l'application des politiques reliées à la santé des travailleurs.

Hôtel-Dieu de Sherbrooke :
Propreté remarquable des lieux physiques.
Les zones stériles et souillées sont respectées pour les secteurs visités et ne présentent pas de risques pour la sécurité de la clientèle.

Hôpital Fleurimont :
Présence de conseillères en PCI.
Plusieurs secteurs peuvent représenter des risques pour la clientèle et nous invitons l'établissement à envisager un plan d'action pour solutionner à brève échéance les problématiques observées, ceci tout en sachant que l'équipe reconnaît que des solutions sont mises de l'avant!

Les unités de soins visités démontrent de l'encombrement dans les corridors, et ce, de manière importante ; présence d'étagères sans portes avec de la rouille pour l'entreposage de matériel propre. Nous invitons l'équipe à revoir la fréquence de l'entretien ménager au niveau des salles de bain des chambres à lits multiples.

Secteur de la buanderie à l'Hôpital Fleurimont : Croisement souillé et propre au niveau de la circulation de la lingerie pour l'entrée et la sortie, ce qui représente une situation à risque.

Secteur gestion des déchets médicaux à l'Hôpital Fleurimont : Il existe un risque important pour la sécurité de la clientèle et pour la santé et sécurité des travailleurs qui mérite une solution à court terme dans le contexte d'un événement accidentel survenu en août dernier. L'autoclave ne fonctionne pas depuis le 16 août 2019 et les déchets biomédicaux s'accumulent dans les réfrigérateurs. Nous notons également que des déchets biomédicaux s'accumulent à l'extérieur de ceux-ci dans une pièce non refroidie. Bien que la situation soit temporaire, l'échéancier n'est pas clairement défini et il faudrait identifier une solution qui respecte les principes de la PCI autant pour les usagers que pour les travailleurs durant la phase de transition. Les équipes nous mentionnent travailler pour solutionner la problématique, toutefois nous invitons l'établissement à identifier ou retenir une solution plus sécuritaire pour la finalisation des travaux à venir dans ce secteur.

Cuisine à l'Hôpital Fleurimont : Nous invitons l'établissement à revoir la fréquence d'entretien des conduites de ventilations qui visuellement mérite l'attention. Au niveau du secteur de la laverie, nous remarquons des casiers d'employés rouillés dont l'utilité est à revoir de même que l'entretien. La visite nous démontre un espace ouvert au plafond qui mérite également l'attention.

CSSS du Granit : Lieux d'une grande propreté, dès l'entrée.

Secteur de la buanderie du CSSS du Granit :
Nous invitons l'établissement à porter une attention particulière à ce secteur d'activité. La clarification des rôles et responsabilités des travailleurs de ce secteur doit-être revue non seulement dans une approche de santé et sécurité au travail, mais également dans le contexte de la sécurité de la clientèle.

Le tri de la lingerie souillée se fait sans que le travailleur utilise les outils de protection disponibles. Les risques de contamination sont évidents, car ce sont les mêmes employés sans système de protection qui manipulent la lingerie propre sortant des laveuses.

Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins :
Hôpital avec un volume d'activités important qui mérite l'attention. Une compagnie privée s'occupe de la vidange des déchets biomédicaux des unités de soins. Nous encourageons l'établissement à s'assurer que les principes de la PCI sont respectés lors de la circulation des matières jetables dans l'établissement.

Nous soulignons la présence de contenants à ordures - déchets dans les corridors des unités de soins visités. Parfois il y a un couvercle, à d'autres moments il n'y en a pas. Nous invitons l'établissement à revoir la localisation de ces contenants qui sont habituellement dans une pièce fermée et dédiée.

Également, nous invitons les équipes de la PCI et les équipes de la DST à réfléchir à des options pour l'entreposage des déchets biomédicaux lorsque les réfrigérateurs sont à capacité. Nous avons noté que cette situation est présente dans cette installation et que la pièce est anormalement chaude pour ce type d'entreposage.

Au niveau de l'unité de débordement, il a été constaté qu'il y avait une ouverture dans le plafond avec échelle stationnaire au-dessus du poste des infirmières avec une possibilité que des débris chutent sur le réfrigérateur à médicaments et sur les personnes présentes.

Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
4.5	L'équipe reçoit de la formation continue à propos des lois et de la réglementation en santé publique et de leur lien avec la pratique en santé publique.	
4.6	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Santé publique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Les membres de l'équipe expriment leur satisfaction envers le climat d'entraide et de collaboration qui existe entre eux. Ils affirment que sans cette dynamique, la tâche serait impossible, car les demandes sont nombreuses et les ressources limitées.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de la Direction de santé publique est composée de professionnels rigoureux qui sont extrêmement engagés envers la population. Ils sont soucieux de répondre à la demande qui ne cesse d'augmenter et ne semblent pas prêts à faire de compromis sur la qualité de leur travail. Afin de soutenir l'équipe, la direction doit s'assurer de préserver un équilibre viable entre la tâche à accomplir et la capacité des ressources à y répondre. Il est également recommandé que la direction identifie et actualise une formation universelle en lien avec le travail des équipes en santé publique.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La rigueur des travaux de développement des services des équipes de la Direction de l santé publique est remarquable. L'approche d'amélioration continue est entièrement intégrée, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques de la direction. Les équipes ont développé plusieurs projets en partenariat avec différents acteurs de la communauté et souvent en y incluant un client partenaire. Soutenus par la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP), tous les projets suivent une démarche rigoureuse et organisée qui inclut un cycle d'évaluation des résultats. Les indicateurs sont suivis et les constats sont toujours utilisés dans une perspective d'amélioration. L'équipe de gestion a implanté une salle de pilotage et assure un suivi régulier des indicateurs choisis. La prochaine étape est de déployer des stations visuelles au sein de chacune des équipes de travail. La direction est fortement encouragée à aller de l'avant avec ce déploiement qui améliorera les communications bidirectionnelles et la reconnaissance des équipes.

Processus prioritaire : Santé publique

La direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie-CHUS exerce un leadership fort au sein de l'établissement et de la population qu'elle dessert; elle est fortement soutenue par la haute direction. Elle a développé de nombreux partenariats, tant à l'interne qu'à l'externe, qui lui permettent d'assurer la réalisation de sa mission et au-delà. Ses actions concertées assurent une représentation importante de la population à différents niveaux. Les stratégies qu'elle a mises en place lui procurent une connaissance juste de la population, et ce, à différentes échelles géographiques. En effet, la cartographie qui a été développée en concertation avec différents acteurs lui permet de cibler des actions précises et dirigées. Son solide partenariat avec le milieu de la recherche de l'Université de Sherbrooke procure à la région des retombées positives pour les différentes clientèles de son territoire. Ses processus d'élaboration et de suivi des plans d'action sous sa gouverne sont rigoureux et inclusifs. L'équipe fait preuve de créativité et d'innovation dans ses actions et les résultats sont au rendez-vous. L'une des grandes réussites de l'équipe est d'avoir rapidement intégré deux réseaux locaux de services à sa structure lors de la création des CIUSSS. Une autre réalisation importante et innovatrice est l'élaboration et l'implantation d'un cadre de référence qui intègre et définit la responsabilité populationnelle et le développement des communautés. Cette réalisation permet à l'organisation d'identifier les besoins spécifiques des différentes communautés qui forment sa population et de développer des interventions ciblées.

L'équipe de la direction de santé publique démontre la capacité et une aisance à identifier ses forces, mais également ses opportunités d'amélioration. Elle reconnaît entre autres la nécessité d'agir afin d'assurer la conservation adéquate des vaccins tout au cours de la chaîne du circuit de ces médicaments. Elle reconnaît également les efforts importants qui sont faits pour inclure les membres de la communauté dans plusieurs processus et exprime sa volonté d'aller encore plus loin et de travailler dans une approche d'usager partenaire lorsque pertinent.

Il n'est pas étonnant que plusieurs régions de la province aient envie de s'inspirer des pratiques

développées en Estrie en matière de santé publique et ils en ont tout intérêt.

Les équipes fournissent tous les efforts pour répondre aux nombreuses demandes et exigences qui leur sont attribuées. Les ressources étant limitées, certaines activités ne peuvent pas être réalisées. C'est le cas de l'application d'agents scellants pour les élèves des écoles secondaires.

Il faut mentionner les différentes initiatives de communication entre la direction de santé publique, ses partenaires et la population. L'équipe assure un partage de l'information à tous les niveaux. Ses membres sont présents, visibles et accessibles. Ses liens avec les différents médias sont bien établis et ils n'hésitent pas à les utiliser. Des communiqués sont fréquemment diffusés et beaucoup d'information est disponible et accessible à tous en ligne.

D'autre part, il existe une ambiguïté quant à la conservation de la documentation des différents dossiers traités par les équipes. Il est important que ces enjeux soient analysés avec les instances concernées et que des actions soient prises pour assurer le respect des règles en vigueur.

Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

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 : 23 mai 2017 au 8 juillet 2017**
- **Nombre de réponses : 16**

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	13	19	69	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	6	94	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	75	13	13	70
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	13	13	75	85

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	13	87	95
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	96
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	6	94	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	40	13	47	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	95
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	13	87	97
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	0	14	86	86
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	98
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	13	88	95
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	0	38	63	77
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	7	13	80	71

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	13	7	80	84
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	7	47	47	60
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	6	19	75	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	50	13	38	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	20	20	60	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	14	7	79	97
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	7	0	93	86
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	7	93	91
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	20	40	40	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	53	33	13	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	14	36	50	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	7	93	94

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	7	0	93	93
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	7	14	79	87
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	53	7	40	86

*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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	13	19	69	80
34. La qualité des soins	13	19	69	81

*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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Commentaires de l'organisme

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

Du 20 au 25 octobre 2019, nous avons eu le plaisir d'accueillir sept visiteurs et un mentor d'Agrément Canada. Ce sont près de 200 personnes qui ont été rencontrées, plus de vingt installations visitées, près de 2 000 kilomètres parcourus, qui ont permis à l'équipe visiteuse de dresser un portrait de notre organisation.

Dans le cadre de cette visite, nos objectifs étaient de :

- Poursuivre le développement d'une culture de gestion intégrée de la qualité en cohérence avec notre système de gestion intégrée de la performance;
- Mettre en lumière notre cheminement en tant qu'organisation au plan de l'amélioration continue de la qualité;
- Identifier nos forces et nos opportunités comme leviers d'harmonisation des pratiques et des processus vers l'amélioration continue de la qualité.

Lors de la séance synthèse, nous avons pris acte des constats, succès et défis qui ont été soulevés par l'équipe visiteuse. Dans l'ensemble, ce portrait reflète notre situation, en termes d'enjeux à considérer et de potentiel d'amélioration. Nous avons été ravis de constater que l'engagement du personnel a été souligné par l'équipe visiteuse, d'autant plus qu'il s'agit d'une valeur de notre organisation. Nous souhaitons que cette force continue de nous faire rayonner au cours des prochaines années. Ont également été soulignés le modèle et les stratégies de gestion intégrée de la qualité et de la performance, pour lesquels d'importants efforts ont été consacrés et se poursuivront dans l'avenir. Enfin, le partenariat avec l'usager, ses proches et la population dans les soins et services a été reconnu.

Par ailleurs, nous sommes en accord avec les défis identifiés : la mise en œuvre des nombreux plans d'amélioration continue de la qualité, le maintien de l'équilibre dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, l'amélioration du processus d'approbation et d'implantation des protocoles et formulaires, l'harmonisation des pratiques au sein de l'organisation et finalement, l'apport des usagers et de leurs proches dans des processus administratifs.

À la lumière de cette analyse, l'amélioration continue de la qualité nous apparait comme un incontournable à poursuivre. Des actions telles que des exercices de traceurs et des audits sont des pratiques à maintenir ou à développer dans la routine des équipes. De plus, trois sondages organisationnels sont en cours de réalisation, et permettront de poursuivre le développement de la culture de sécurité des usagers, la mobilisation du personnel et la qualité de vie au travail des médecins.

En somme, nous considérons avoir atteint les trois objectifs initialement établis pour cette visite. Dès

maintenant, nous poursuivons les efforts pour agir sur les zones d'amélioration identifiées, pour consolider les acquis et forces actuelles, tout en nous préparant pour les visites à venir.

La direction générale tient à féliciter tous les gestionnaires, employés, médecins, chercheurs, usagers et bénévoles pour leur implication dans cette démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services des usagers. De plus, nous souhaitons remercier l'équipe de direction et la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP), qui a coordonné avec brio cette démarche d'envergure, qui servira d'intrant pour poursuivre notre d'amélioration continue.

Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux organismes clients dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de cinq ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.

Annexe B - Processus prioritaires

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

Processus prioritaire	Description
Soins de santé centrés sur les personnes	Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.