

Agrément Canada  
Conseil québécois d'agrément

## Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et  
Montréal-Nord

Montréal, QC

*Dates de la visite d'agrément : 25 au 30 mai 2014*

*Date de production du rapport : 20 juin 2014*



**AGRÉMENT CANADA**  
**ACCREDITATION CANADA**

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

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

## Au sujet du rapport

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

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

## Confidentialité

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

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

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

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

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

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

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

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

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin  
Présidente-directrice générale



Sean P. Clarke  
Président

## Table des matières

<b>1.0 Sommaire</b>	<b>1</b>
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	14
<b>2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>16</b>
<b>3.0 Résultats détaillés de la visite</b>	<b>18</b>
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	19
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	19
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	21
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	22
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	23
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	24
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	26
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	28
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	30
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	31
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	33
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	34
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	35
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	36
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées</i>	38
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	42
3.2.4 <i>Ensemble de normes : Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement</i>	43
3.2.5 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	45
3.2.6 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux</i>	48
3.2.7 <i>Ensemble de normes : Services de médecine</i>	53
3.2.8 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire</i>	55
3.2.9 <i>Ensemble de normes : Services de santé mentale</i>	57

3.2.10 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	59
3.2.11 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	62
3.2.12 Ensemble de normes : Services de soins intensifs	65
3.2.13 Ensemble de normes : Services des urgences	68
3.2.14 Ensemble de normes : Services transfusionnels	71
3.2.15 Ensemble de normes : Soins et services à domicile	75
3.2.16 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	78
<b>4.0 Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>80</b>
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	80
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	84
4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	86
4.4 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	87
4.5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)	89
<b>Annexe A Processus prioritaires</b>	<b>91</b>

## Section 1 Sommaire

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

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

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

### 1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

## 1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 25 au 30 mai 2014**

- **Emplacements**

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

- 1 Centre d'hébergement de Louvain
- 2 Centre d'hébergement Laurendeau
- 3 Centre d'hébergement Légaré
- 4 Centre d'hébergement Paul-Lizotte
- 5 CLSC d'Ahuntsic
- 6 CLSC de Montréal-Nord
- 7 Hôpital Fleury
- 8 Le 6500
- 9 Services ambulatoires de santé mentale 1ere ligne adultes
- 10 Services ambulatoires de santé mentale 2e ligne adultes

- **Normes**

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

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

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

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

- 5 Normes relatives aux salles d'opération
- 6 Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement
- 7 Services de chirurgie
- 8 Services de soins intensifs
- 9 Services des urgences
- 10 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 11 Soins et services à domicile
- 12 Services de santé communautaire
- 13 Services d'imagerie diagnostique

- 14 Services de soins de longue durée
- 15 Services de médecine
- 16 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 17 Services de santé mentale
- 18 Services transfusionnels
- 19 Services de laboratoires biomédicaux
- 20 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables

- **Outils**









L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance
- 2 Sondage sur la culture de sécurité des patients
- 3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur
- 4 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)
- 5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)



### 1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	82	5	0	87
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	95	6	0	101
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	532	52	26	610
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	162	7	1	170
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	206	12	4	222
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	70	0	2	72
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	825	125	25	975
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	71	3	0	74
<b>Total</b>	<b>2043</b>	<b>210</b>	<b>58</b>	<b>2311</b>

## 1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur la gouvernance	38 (86,4%)	6 (13,6%)	0	34 (100,0%)	0 (0,0%)	0	72 (92,3%)	6 (7,7%)	0
Normes sur le leadership	39 (84,8%)	7 (15,2%)	0	80 (94,1%)	5 (5,9%)	0	119 (90,8%)	12 (9,2%)	0
Prévention des infections	48 (96,0%)	2 (4,0%)	3	40 (93,0%)	3 (7,0%)	1	88 (94,6%)	5 (5,4%)	4
Gestion des médicaments	68 (95,8%)	3 (4,2%)	7	56 (90,3%)	6 (9,7%)	2	124 (93,2%)	9 (6,8%)	9
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	28 (77,8%)	8 (22,2%)	2	23 (50,0%)	23 (50,0%)	2	51 (62,2%)	31 (37,8%)	4
Normes relatives aux salles d'opération	66 (98,5%)	1 (1,5%)	2	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	96 (99,0%)	1 (1,0%)	2
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	37 (100,0%)	0 (0,0%)	3	56 (98,2%)	1 (1,8%)	2	93 (98,9%)	1 (1,1%)	5
Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement	33 (94,3%)	2 (5,7%)	0	74 (98,7%)	1 (1,3%)	1	107 (97,3%)	3 (2,7%)	1

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services d'imagerie diagnostique	51 (79,7%)	13 (20,3%)	3	52 (86,7%)	8 (13,3%)	1	103 (83,1%)	21 (16,9%)	4
Services de chirurgie	29 (100,0%)	0 (0,0%)	1	62 (96,9%)	2 (3,1%)	1	91 (97,8%)	2 (2,2%)	2
Services de laboratoires biomédicaux	46 (66,7%)	23 (33,3%)	0	70 (71,4%)	28 (28,6%)	0	116 (69,5%)	51 (30,5%)	0
Services de médecine	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	68 (100,0%)	0 (0,0%)	1	95 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Services de santé communautaire	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	54 (98,2%)	1 (1,8%)	0	67 (98,5%)	1 (1,5%)	0
Services de santé mentale	31 (96,9%)	1 (3,1%)	0	86 (97,7%)	2 (2,3%)	0	117 (97,5%)	3 (2,5%)	0
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	111 (99,1%)	1 (0,9%)	0	129 (99,2%)	1 (0,8%)	0
Services de soins de longue durée	24 (100,0%)	0 (0,0%)	0	69 (95,8%)	3 (4,2%)	0	93 (96,9%)	3 (3,1%)	0
Services de soins intensifs	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	87 (96,7%)	3 (3,3%)	3	117 (97,5%)	3 (2,5%)	3
Services des urgences	28 (90,3%)	3 (9,7%)	0	94 (98,9%)	1 (1,1%)	0	122 (96,8%)	4 (3,2%)	0
Services transfusionnels	47 (77,0%)	14 (23,0%)	19	41 (66,1%)	21 (33,9%)	4	88 (71,5%)	35 (28,5%)	23
Soins et services à domicile	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	46 (88,5%)	6 (11,5%)	0	85 (92,4%)	7 (7,6%)	0
<b>Total</b>	<b>740 (89,8%)</b>	<b>84 (10,2%)</b>	<b>40</b>	<b>1233 (91,5%)</b>	<b>115 (8,5%)</b>	<b>18</b>	<b>1973 (90,8%)</b>	<b>199 (9,2%)</b>	<b>58</b>

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

## 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Formation sur les pompes à perfusion (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Non Conforme	0 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1



Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de chirurgie)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de santé mentale)	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 et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

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

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

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

Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord est constitué de sept installations regroupant les missions de soins généraux et spécialisés, de santé communautaire, d'hébergement et de santé mentale. Ses ressources humaines regroupent 2500 employés, 216 médecins et 265 bénévoles. L'établissement a un long historique d'agrément et en est à sa troisième visite avec le programme Qmentum.

Le personnel et les membres du conseil d'administration sont engagés, dévoués, dynamiques. Ce qui caractérise l'organisation à première vue est la jeunesse du personnel, en âge ou en ancienneté, ce qui laisse parfois l'impression de bris de continuité dans l'amélioration continue de la qualité. Il y a eu beaucoup de départs donc les équipes sont renouvelées, autant au niveau des gestionnaires que du personnel, dans plusieurs secteurs. D'autres dépendent d'intervenants externes comme au laboratoire. Il est primordial de créer une structure et un fonctionnement à partir des meilleures pratiques et d'imposer son propre rythme aux intervenants externes et la couleur locale.

La mission, la vision, les valeurs ont été établies à l'intérieur d'un exercice de planification stratégique et de philosophie de gestion. La planification stratégique est suivie par le biais d'une planification opérationnelle annuelle.

Le conseil d'administration et le comité de direction ont adopté le mode de fonctionnement sans papier. Des efforts importants sont mis dans la diminution de l'empreinte environnementale de l'organisation au niveau administratif. Des efforts en ce sens sont à faire au niveau clinique.

Un défi financier majeur a obligé les directeurs à revoir l'organisation des services et les ressources. Le suivi de la performance organisationnelle est rigoureux. La philosophie d'optimisation est présente partout dans l'établissement.

La communication demeure un enjeu majeur dans la majorité des organismes de santé. Les résultats des sondages de mobilisation et de culture de sécurité ont fait ressortir ces enjeux pour le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord. Un plan de mobilisation a été mis en place et des plans d'action sont élaborés en ce qui concerne la sécurité. La direction et le personnel doivent faire un suivi rigoureux de l'état de la communication et poser des actions en trouvant les éléments distinctifs appropriés au personnel de l'établissement. La documentation de référence est élaborée avec professionnalisme. Elle doit être formalisée et diffusée.

Les initiatives de l'organisation en vue d'assurer une gestion de proximité sont appropriées pour développer, former et soutenir les nombreux jeunes cadres de l'organisation. L'organisation aurait avantage à recourir à des mentors pour certains secteurs pour les gestionnaires et le personnel qui, malgré la meilleure volonté, ne peuvent tout apprendre, tout développer et tout régler.

Le travail de concertation interservices est à favoriser. Des réunions multidisciplinaires existent dans la majorité des secteurs cliniques. Elles sont à mettre en place particulièrement pour les discussions et les analyses de sécurité lors d'événements sentinelles.

La réorganisation en hébergement qui se traduit sur le terrain par des équipes dédiées, capables d'intervenir auprès du résident avec plus de professionnalisme, des pratiques harmonisées, de la fierté et une meilleure qualité de vie pour le personnel et les résidents sont à souligner.

Certaines installations sont vétustes alors que d'autres sont entièrement rénovées. L'organisme est invité à revoir la gestion des espaces afin que tous les secteurs cliniques bénéficient d'espaces adéquats à l'intérieur desquels il est possible d'assurer la sécurité des usagers.

Plusieurs coups de cœur sont à souligner notamment l'unité de retraitement des dispositifs médicaux, le génie biomédical, les multiples stratégies développés pour réussir à offrir une réponse adaptée aux besoins de la clientèle, l'organisation en hébergement, ainsi que les initiatives mises en place et le suivi fait pour améliorer et maintenir la mobilisation des équipes.

## Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<b>Deux identificateurs de client</b> L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de laboratoires biomédicaux 19.2</li> </ul>
<b>Abréviations dangereuses</b> L'organisme a établi et mis en oeuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion des médicaments 14.6</li> </ul>
<b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 12.4</li> <li>Soins et services à domicile 6.8</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<b>Formation sur les pompes à perfusion</b> Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace à l'intention des prestataires de services au sujet de toutes les pompes à perfusion.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins et services à domicile 4.6</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Programme de gérance des antimicrobiens</b>                      L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier ou des soins continus complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des médicaments 2.3</li> </ul>
<p><b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b></p>	
<p><b>Plan de sécurité des patients</b>                      L'organisme élabore et met en oeuvre un plan sur la sécurité des usagers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normes sur le leadership 15.1</li> </ul>
<p><b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b></p>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b>                      L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de chirurgie 15.2</li> <li>• Services de médecine 15.2</li> <li>• Services d'imagerie diagnostique 15.6</li> </ul>
<p><b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b></p>	
<p><b>Prévention des plaies de pression</b>                      L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de chirurgie 7.9</li> </ul>

### Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 3.1.1 Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur la gouvernance</b>	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
3.1 Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel en matière d'éthique et de critères fondés sur l'expérience concrète pour le guider dans ses décisions.	!
13.1 Le conseil d'administration divulgue au public l'information sur ses processus de gouvernance, de prise de décisions et de rendement.	!
13.4 Le conseil d'administration suit un processus qui lui permet d'évaluer régulièrement son rendement et son efficacité.	!
13.6 Le conseil d'administration évalue régulièrement le rendement de son président selon des critères établis.	!
13.7 Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.	!

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

Le conseil d'administration, duquel se dégagent confiance, intégrité, ouverture, rigueur et compétence, est composé de membres disponibles et engagés.

La mission, la vision, les valeurs, et la planification stratégique sont élaborées en consultation avec le personnel, les usagers, les partenaires et le milieu. Un tableau de bord est remis aux membres du conseil deux fois par année pour effectuer une reddition de compte du plan stratégique.

Le fonctionnement du conseil d'administration est bidirectionnel avec les comités du conseil. Il existe une collaboration soutenue et pertinente avec la direction. Le conseil tient un lac à l'épaule annuel chaque



automne, ce qui permet aux membres de se remettre en contact avec les aspects stratégiques de l'organisation pour bien comprendre et adhérer.

Le conseil d'administration fonctionne sans papier. La documentation reçue à l'avance est adéquate. Au début de chaque rencontre, une déclaration d'intérêt est effectuée par chaque membre.

La sécurité des patients est identifiée comme une priorité à l'intérieur des orientations stratégiques de l'établissement. Les résultats des sondages d'agrément ont été présentés et analysés. Le conseil d'administration est informé par la direction ou ses comités, de tous les suivis effectués dans ces dossiers par le biais des plans d'action.

Il n'y a pas de document qui définit le cadre conceptuel en matière d'éthique au sein de l'organisation. Ce document est à élaborer et à adopter.

Le conseil d'administration informe le public sur ses processus de gouvernance et de prise de décision. Cependant, le conseil d'administration n'évalue pas son rendement à ce jour, ni celui de son président, ni celui de chacun de ses membres. Il évalue cependant annuellement son fonctionnement sans qu'un processus formel soit en place. L'établissement est invité à mettre en place un processus formel d'évaluation du rendement du conseil d'administration et de ses membres, afin d'assurer une rigueur, un suivi, une continuité et des mises au point, selon la démarche proposée par Agrément Canada ou par un autre organisme. Les évaluations de la directrice générale et de la commissaire aux plaintes s'effectuent selon un processus structuré.

Le comité de gouvernance et d'éthique est composé des présidents de chacun des comités du conseil. Le recrutement, l'accueil, la formation des membres du conseil d'administration sont formalisés. Il reste cependant à les rédiger.

Un système de vigie d'amélioration continue de la qualité (SVACQ) a été mis en place. Il s'agit d'un outil informatique qui canalise tous les rapports d'appréciation et qui permet de connaître rapidement les suivis, le taux de réalisation et les endroits où il faut travailler davantage.

Le conseil d'administration est informé immédiatement de tout événement qui pourrait entraîner un impact médiatique pour l'établissement. Le plan de communication adopté permet d'identifier les porte-parole et les éléments à diffuser.

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

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

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

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

La planification stratégique 2010-2013 a été prolongée jusqu'à 2013-2015 pour s'harmoniser avec celles de l'Agence et du MSSS. Les équipes et les partenaires se sont impliqués dans son élaboration. Un lac à l'épaule permet de faire le bilan et la planification opérationnelle annuelle. L'exercice de planification annuelle des dossiers est accompagné d'un tableau de bord de suivi des objectifs, tableau présenté et suivi à chaque rencontre du comité de direction démontrant la rigueur du suivi des projets. L'équipe de direction mesure l'intensité et la capacité organisationnelle à mener tous les projets et fait preuve de souplesse organisationnelle au besoin. Un cycle de gestion est établi. Un tableau de bord est diffusé aux membres du conseil d'administration deux fois par an. Il est suggéré de s'assurer de l'adapter de façon continue aux nouvelles réalités et aux nouvelles demandes et en fonction des indicateurs qui devraient être suivis à l'interne ou selon l'AQESSS, par exemple le taux de réadmission.

La connaissance de la population et de ses besoins est assurée. Différents outils ont été développés par l'observatoire populationnel qui regroupe 300 fiches indicateur comportant différentes données sur la population. L'équipe d'organismes communautaires est en lien très étroit avec la communauté et les organismes communautaires. Ce sont des ressources essentielles dans le milieu pour rejoindre la communauté et en prendre le pouls. Étant donné leur impact et leurs liens, l'organisation doit s'assurer d'avoir des ressources positives qui travaillent avec les gens et qui les rallient. Pour ce faire, l'organisation doit sonder, aller voir ce que le milieu communautaire pense du travail, de la pertinence et des priorités de l'organisation communautaire.

Les partenariats se traduisent par des liens sérieux basés sur des valeurs communes. Le respect des juridictions ainsi que la participation sont soulignés. De part et d'autre, on sent le désir d'être à l'écoute des besoins et d'amener la population à connaître, à apprendre et à utiliser les services.

Il y a 11 dossiers prioritaires avec en toile de fond la performance, l'accessibilité, la continuité et la mobilisation. Le personnel comprend de plus en plus les notions de performance et saisit surtout les impacts de la non-performance.

Le développement de l'accueil clinique est salué par l'équipe médicale. Ce projet est une vitrine à Montréal. Il s'agit d'une plate-forme de prise en charge ambulatoire pour les cas semi-critiques. Les impacts sont positifs. Le projet a permis de mobiliser la médecine spécialisée, malgré les craintes de départ. Ce type de projets permettant l'ajout d'éléments facilitants est très bien accueilli par les intervenants et les médecins.

Les transformations récentes en hébergement et en santé mentale sont fonctionnelles et donnent des résultats. L'organisation mise en place autour de ces plans permet aux usagers d'avoir des références et un suivi adéquat et, au personnel une meilleure appropriation de leurs rôles.

La sécurité, la prévention et la promotion de la santé font partie des moteurs de transformation ou de développement de services.

### 3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

La politique budgétaire et la politique d'achat sont adoptées et rigoureusement suivies. L'enjeu majeur est le respect de l'équilibre budgétaire. Un suivi budgétaire rigoureux est effectué par l'équipe des ressources financières, par le comité de vérification et par l'Agence. L'ensemble des lois est respecté et un contrôle serré est exercé. Les liens sont faits avec les enjeux cliniques. Chaque décision est prise après considération de son impact sur les services cliniques. De la formation et des suivis sont faits par le biais de rencontres mensuelles.

La performance des différents secteurs est évaluée, comparée et suivie. L'organisation a pris l'initiative de préparer ses propres analyses comparatives, les données disponibles de l'AQESSS arrivant trop tard pour ses besoins. La catégorisation des risques a été effectuée. La gestion intégrée des risques est considérée et évaluée.

Le plan de conservation et de fonctionnalité des immeubles a été révisé et un nouveau plan directeur immobilier a été déposé en 2011. Il a reçu un avis favorable de l'Agence et la position du MSSS est attendue. Une politique d'attribution et d'aménagement des locaux a été adoptée. Le défi majeur de l'organisation est de trouver des solutions en lien avec les besoins exprimés selon les projets prioritaires. Beaucoup de reconfiguration et de réingénierie sont à faire. Une coordination transversale a été mise en place par la direction des services techniques. Les regroupements d'achats sont favorisés afin de profiter d'économies d'échelle. Un tableau de suivi des appels d'offres est produit. La mise en place d'un système d'entretien préventif au niveau des installations matérielles est en cours.

### 3.1.4 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)

Le plan de main d'œuvre est cohérent et rigoureux. Un plan d'action annuel est élaboré en fonction des données de main d'œuvre. Des profils de compétence sont établis en collaboration avec les gestionnaires et le personnel. La documentation est intéressante, bien élaborée et les outils sont conviviaux.

Un des enjeux majeurs de l'organisation est le haut taux de main d'œuvre indépendante. L'établissement ne présente pas de problème d'attraction, mais plutôt de rétention. Il a pris l'initiative d'amorcer le processus de rétention dès l'entrevue d'embauche. Un projet vise l'administration de tests psychométriques pour toute personne embauchée au CSSS. Les rôles et les responsabilités de certains titres d'emploi sont à clarifier, dont celui des infirmières-praticiennes spécialisées.

L'établissement vit de nombreuses réorganisations. Le rôle d'accompagnement de la DRHDO est primordial, car il y a un nombre important de jeunes gestionnaires sans expérience au sein de l'organisation. Un processus de gestion du changement a été mis en place auprès du personnel ciblé, avec un plan de formation et d'accompagnement. Un plan de communication très rigoureux incluant les syndicats a été adopté. Il comporte des éléments de réussite et assure la constance dans le message.

Le projet « Viser loin, toucher près » a été fait avec les cadres pour les ramener sur le terrain en vue d'une gestion de proximité. Il vise une valorisation des fonctions de gestion, des cadres, des cadres-conseils et adresse la gestion multisites. Ce projet a conduit à l'abolition d'un grand nombre de comités et a permis de décréter des moments sans réunion et sans courriel. Il a amené la révision du rôle et des responsabilités des cadres. Il se caractérise par l'implication de tous, la formation donnée et le développement d'outils simples et conviviaux.


Une politique et des règles de conduite ont été mises en place pour favoriser la civilité et prévenir le harcèlement. Les formations sont nombreuses, ciblées et adéquates. Des actions sont en place pour prévenir la fatigue et le stress.

L'organisation présente un défi important en ce qui concerne la mobilisation du personnel à la suite du dernier sondage. Le sondage a été analysé et chaque cadre a le devoir de s'asseoir avec son équipe et de mettre en place un plan d'action favorisant la mobilisation, la qualité de vie au travail et un bon climat de travail. La communication, la collaboration et le soutien doivent se vivre dans les équipes et entre les équipes. Beaucoup d'améliorations ont déjà été apportées à la suite des plans d'action. Tous les cadres ont une obligation de résultat. Toutes les équipes doivent travailler un plan d'action. La reddition de compte est faite rigoureusement par la DRHDO. L'organisation vise à améliorer la communication et le soutien par des rencontres d'équipe, l'appréciation du rendement et la gestion de proximité. Le plan adopté par le conseil d'administration est celui des équipes qui ont pour objectif de le faire ensemble.

Les dossiers des cadres sont très bien constitués. Les dossiers du personnel sont complets, mais moins bien organisés et les documents sont plus difficiles à retrouver, bien que toute l'information pertinente soit présente. Des sections devraient être identifiées comme pour les dossiers des cadres.

## 3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
12.3 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme établit des plans d'urgence.	!
12.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme diffuse la méthode de gestion des risques et les plans d'urgence dans l'ensemble de l'organisme.	!
15.1 L'organisme élabore et met en oeuvre un plan sur la sécurité des usagers.  15.1.1 L'organisme évalue les problèmes liés à la sécurité des usagers.  15.1.3 Le plan comprend la sécurité des usagers par écrit, sous forme de priorité ou de but stratégique.	 <b>PRINCIPAL</b>  <b>PRINCIPAL</b>
15.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme désigne les personnes responsables de la mise en oeuvre et du suivi du plan de sécurité des usagers, ainsi que de la direction des activités d'amélioration de la sécurité des usagers.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

La gestion des risques est bien présente dans l'organisation et les gestionnaires sont sollicités à faire un suivi et à trouver les mesures correctives. Le travail en collaboration est très préconisé.

La commissaire aux plaintes est une personne engagée et proactive dans sa fonction. Elle travaille en étroite collaboration avec la responsable de la gestion des risques. Ses rapports sont bien étoffés et les droits des usagers y sont bien représentés. Le document d'orientation sur l'étude de la pratique ou de la conduite d'un membre du personnel à des fins disciplinaires dans le contexte de l'examen d'une plainte ou d'une intervention balise bien le mandat, le rôle et les responsabilités de chacun dans une telle circonstance.

Actuellement, le poste de conseillère en gestion des risques est intérimaire, il est suggéré de poursuivre les efforts pour doter ce poste afin d'avoir une stabilité dans cette fonction spécifique et être proactif dans la prévention des risques. Les rapports trimestriels sont complets et bien documentés. Par contre, la diffusion de ceux-ci semble demeurée au niveau des gestionnaires. Un suivi rigoureux est effectué au niveau des accidents et incidents dans l'organisation et les statistiques sont transmises aux directeurs concernés qui sont encouragés à en discuter avec les gestionnaires. Il ne semble pas avoir de réunion interdisciplinaire lors d'événement grave, ce qui permettrait pourtant d'apprendre tout ensemble de cet événement.

L'audit de conformité effectué sur le rapport AH-223 aurait intérêt à être diffusé dans tout l'établissement afin d'améliorer la qualité de la déclaration. De plus, il est suggéré de poursuivre les efforts de déploiement

du formulaire informatisé du AH-223, ce qui permettrait d'avoir des données informationnelles en temps réel et éviterait ainsi des délais dus à la retranscription lors de la saisie informatique.

La gestion des alertes est présente, mais les services concernés travaillent individuellement. Le gestionnaire de risque ne reçoit pas l'information de façon systématique et l'impact sur les usagers n'est pas évalué. Une révision de ce processus serait peut-être intéressante dans un contexte de gestion intégrée des risques. Il existe un projet, piloté par la direction des soins infirmiers, appelé aux dites actions où des audits cliniques sont effectués toutes les 6 semaines. L'organisme est encouragé à poursuivre cette pratique d'évaluation.

Le conseil des infirmiers et infirmières, le conseil multidisciplinaire et le comité des médecins, dentistes et pharmaciens sont actifs au niveau de toutes les missions de l'organisation. Ils travaillent en étroite collaboration interconseil. Pour le comité des infirmières et infirmiers et le comité multidisciplinaire, ils projettent d'émettre plus fréquemment des avis plus formels. La direction générale affirme que ces comités sont très à l'écoute des gens et sont autonomes dans leur mandat. Les comités se disent préoccupés par la formation continue et des activités de codéveloppement, particulièrement dans des fonctions plus spécifiques. Concernant le conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires, l'implication et la mobilisation au sein du comité semblent difficiles, ce qui semble le rendre moins actif au sein de l'organisation. Le comité exécutif du comité des médecins, dentistes et pharmaciens effectue régulièrement des contrôles de l'acte professionnel médical sous différentes formes.

Un membre du comité des usagers est présent au sein du comité de gestion des risques et est présent à différentes instances. Les représentants mentionnent avoir une très bonne écoute de la direction générale et de la commissaire aux plaintes, car ils reçoivent des commentaires d'insatisfaction qui sont souvent pris en charge par la commissaire aux plaintes.

Le processus d'alerte concernant les données cliniques de l'utilisateur à recueillir ne semble pas maîtrisé par l'ensemble du personnel soignant et médical, par exemple les allergies, car il semble se perdre les informations dans le dossier usager, qui est en partie informatisé et sur papier. Il existe un formulaire assez exhaustif dans le dossier clinique informatisé, mais il n'est pas utilisé actuellement. Il serait peut-être intéressant d'explorer la possibilité d'utiliser ce formulaire dès l'admission de l'utilisateur.

Il est noté que les politiques, procédures et protocoles devraient davantage être validés, révisés pour certains secteurs, diffusés et surtout intégrés.

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

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

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

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

Le comité d'éthique est très bien défini, organisé et connu. Il dépend du conseil d'administration et a ses propres règles de fonctionnement. Il s'agit d'un comité très actif depuis sa création il y a six ans. Il est ouvert aux employés et aux médecins. C'est un comité-conseil et non un comité décisionnel. Il propose de la formation, des outils de réflexion éthique, de la consultation et de l'aide à la délibération éthique. De belles initiatives sont à souligner, comme la formation, l'autoformation et la nomination d'un ambassadeur par installation.

Le comité adopte un plan d'action sur deux ans et en fait un bilan annuel ainsi qu'un rapport au conseil d'administration. Une grande tournée des installations sur tous les quarts de travail, ainsi que la diffusion d'informations par les médias de l'établissement ont permis aux membres de faire connaître le comité.

L'éthique fait maintenant partie du quotidien des professionnels de la santé étant donné les débats de société et la limitation des ressources. Le comité est encouragé à varier ses activités afin de rejoindre le plus grand nombre de personnes possible pour encourager la connaissance, la discussion et la réflexion.

La distinction est toujours à faire à l'intérieur d'une organisation entre la déontologie, la légalité, l'éthique et l'éthique clinique, les discussions et la délibération éthique. L'établissement est invité à poursuivre ses activités en ce sens afin de clarifier les concepts et à amener les intervenants à mieux comprendre et mieux réfléchir et agir. L'éthique vise la meilleure décision pour la personne concernée au moment de la décision.


Il n'y a pas de document qui définit le cadre conceptuel en matière d'éthique au sein de l'organisation. Il existe cependant un processus structuré en regard de l'éthique à la recherche, tant à l'interne qu'à l'externe par le comité d'éthique de la recherche centralisé à l'Agence. Un cadre conceptuel en matière d'éthique est à rédiger à partir de toutes les activités réalisées à l'intérieur de l'organisation et à faire approuver par le conseil d'administration.

Le code d'éthique est bien élaboré et diffusé. La commissaire aux plaintes et à la qualité voit à sa diffusion et, avec les plaintes, à son application. La confidentialité et les droits des usagers sont habituellement respectés. Des rappels sont faits au besoin.



### 3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
11.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre, révise et met à jour les politiques et les procédures pour soutenir la collecte, la saisie, l'utilisation, la déclaration et la consignation de l'information.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Des politiques adoptées par le conseil d'administration sont diffusées. Les publics internes et externes sont ciblés. Des outils informatiques pertinents ont été développés et sont en place. Une politique d'affichage est en élaboration.

La politique de sécurité des actifs informationnels est rédigée, mise à jour et diffusée. Des formations sous forme de capsules sont accessibles.

Les dossiers patients sont informatisés et numérisés. La journalisation des actifs est effectuée et des audits sont faits afin d'assurer la confidentialité des documents. Les relations de travail interviennent lorsque des violations de la confidentialité sont constatées. Le dossier clinique informatisé doit permettre la tenue, la circulation, la confidentialité et l'accès. L'organisation doit s'assurer que les professionnels ont accès aux informations qui leur sont nécessaires pour le traitement des usagers et la continuité des soins.

Les politiques de tenue de dossier et d'accès aux dossiers sont à revoir, tant en cours d'élaboration, dans les services et sur les unités de soins, qu'après le séjour de l'utilisateur aux archives. Les dossiers des usagers doivent être traités et rédigés avec les mêmes égards et selon les mêmes règles de sécurité et de confidentialité qu'ils soient papier ou soient informatisés. L'utilisation de logiciels personnels pour la rédaction de notes au dossier est à évaluer et à encadrer.

Des lenteurs informatiques sont rapportées par plusieurs intervenants. Avec l'utilisation accrue des systèmes par la mise en place du dossier clinique informatisé, il est important de valider la robustesse des systèmes en vue d'assurer la sécurité des informations et leur accès.

Des normes graphiques existent et sont diffusées. Beaucoup de beaux outils, colorés, originaux avec des messages ciblés et percutants sont produits.

La documentation dans plusieurs secteurs de l'organisation est à réviser, à tenir à jour, à dater et à signer. L'organisation doit prendre le temps de le faire avec les ressources nécessaires, car certaines datent de plusieurs années et ne peuvent garantir l'uniformité et la qualité de pratique visées.

Le centre de documentation est à l'extérieur de l'organisation, mais accessible à l'ensemble des intervenants. L'utilisation de données probantes est favorisée.

La communication demeure un enjeu quotidien à l'intérieur de l'organisation et les différents sondages analysés le prouvent. L'organisation est invitée à être en constante recherche de rétroaction et à travailler, avec ses partenaires internes et externes, afin de cibler les bons moyens et les bons messages pour assurer des communications saines et un climat de collaboration et de partage.

---

### 3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Les infrastructures de l'organisation sont remplacées graduellement depuis quelques années selon les dernières technologies. Tout est automatisé et contrôlé à distance, de l'intérieur ou de l'extérieur de l'organisation. La géothermie a été mise en place. Il y a des retombées positives tant au niveau financier qu'au niveau environnemental.

Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, comme de nombreux organismes de soins de santé doit composer avec les contraintes qu'imposent les infrastructures et les immeubles vétustes. Les espaces sont très petits, encombrés, difficiles à garder propre étant donné la vétusté et l'encombrement. Chaque espace disponible est utilisé et beaucoup de matériel est conservé. L'établissement est invité à revoir ses espaces d'entreposage, à faire le ménage et à voir à entreposer à l'extérieur les choses qui doivent être conservées et qui ne sont pas utiles à la dispensation quotidienne des soins et des services.

La direction s'assure de faire les représentations nécessaires afin d'obtenir des budgets et des ressources permettant de modifier l'environnement physique afin qu'il respecte les lois, les règlements et les codes pertinents.

L'organisation s'est engagée dans un processus de gestion environnementale qui lui a valu une certification en tant qu'organisme écoresponsable.

Les réfrigérateurs sont tous munis de thermomètres. L'organisation doit s'assurer que ces thermomètres sont reliés à des alarmes fonctionnelles afin d'éviter des pertes importantes de nourriture, de médicaments et de vaccins si des pannes non détectées survenaient.

Les accès et les espaces pour handicapés, tant à l'interne qu'à l'externe, sont à revoir afin de favoriser un accès sécuritaire aux personnes à mobilité réduite. Ces personnes doivent être en mesure d'ouvrir les portes et d'accéder aux espaces.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
14.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore, met en oeuvre et évalue un plan d'intervention relatif à tous les dangers afin de faire face aux risques de sinistres et d'urgences.	!
14.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme donne accès à une formation visant à appuyer le plan d'intervention pour tous les dangers en cas de sinistres ou d'urgences.	
14.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme met régulièrement à l'essai les plans d'intervention pour tous les dangers en vue de sinistres ou d'urgences de l'organisme en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité de répondre à ces situations.	!
<b>Ensemble de normes : Prévention des infections</b>	
14.1 L'organisme dispose de politiques et de procédures qui respectent les lignes directrices fédérales et provinciales ou territoriales afin de déceler les épidémies et les pandémies, et de prendre les mesures qui s'imposent.	!
14.2 Les politiques et procédures à suivre pour déceler et gérer les épidémies et les pandémies sont mises à la disposition du personnel, des prestataires de services, des bénévoles, des clients et des familles.	!
14.5 Les politiques et les procédures comprennent la définition des rôles, des responsabilités et les obligations redditionnelles du personnel, des prestataires de services et de bénévoles qui participent à l'identification ou la gestion des épidémies et des pandémies.	
14.8 L'organisme revoit ses politiques et procédures régulièrement, après chaque épidémie et y apporte des changements s'il y a lieu.	
<b>Ensemble de normes : Services des urgences</b>	
2.5 L'équipe a élaboré un plan de préparation aux situations d'urgence et ses membres sont formés et équipés pour gérer les sinistres et les urgences.	!
2.6 L'équipe participe à des exercices pratiques réguliers du plan de préparation aux situations d'urgence.	!

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

Les parties du plan qui traitent de différentes situations pour les CLSC et les autres installations notamment le 2330, le 6500, le 10345, la maison Sauriol, les centres d'hébergement et l'Hôpital Fleury sont réalisées et sont en voie de déploiement. Il reste à faire les parties qui traitent de la sécurité civile et de la sécurité incendie. La préoccupation de développer un outil convivial pour les utilisateurs guide ces travaux. Il a été décidé de prendre le temps de bien faire le travail plutôt que de réaliser l'ensemble du plan. Les efforts de créativité qui ont été déployés donnent un résultat de grande qualité ce qui est fort louable. Considérant l'importance que représente la sécurité civile ainsi que la sécurité incendie, l'organisation est encouragée à poursuivre son plan d'action comme prévu et réaliser les prochaines parties du plan pour l'automne 2014.

Des exercices d'évacuation ont été réalisés dans les CLSC. Considérant que la clientèle vulnérable se retrouve surtout en centre d'hébergement et à l'Hôpital Fleury, il serait important de procéder rapidement à des exercices d'évacuation dans ces installations. Le fait que ces bâtiments soient construits en hauteur constitue un défi de plus au niveau de la sécurité lors d'évacuation.

Un numéro de téléphone unique en cas d'urgence avec une structure pour répondre efficacement est fonctionnel dans l'ensemble des installations.

Lors d'une visite au Centre d'hébergement Légaré, une panne de courant non planifiée est arrivée et il a été constaté que le système d'éclairage de secours serait à revoir.

### 3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Le processus pour le cheminement des clients est en place. L'évaluation du processus démontre un fonctionnement adéquat et judicieux.

Le plan de désencombrement de l'urgence comprend trois niveaux : vert (150 %), jaune (150 % à 200 %) et rouge (200 %). Un plan de débordement en ressources externes aux fins de soins aigus globaux est déployé au besoin.

Il existe aussi trois niveaux dans la chaîne de gestion des séjours soit le niveau opérationnel qui se déroule au quotidien et qui regroupe la gestion des séjours, l'admission, les unités de soins, le soutien à domicile, la prévention des infections et l'hygiène et salubrité. Il présente le bilan de la veille, le bilan du jour et les prévisions. Le niveau tactique se concentre sur les suivis de façon hebdomadaire et le niveau stratégique, mensuel, permet les évaluations et les décisions organisationnelles

De plus, un suivi des épisodes de soins est fait afin d'assurer que toutes les ressources nécessaires sont disponibles pour le suivi et le traitement du patient et ainsi optimiser l'épisode de soins et le retour le plus adéquat possible du patient dans son milieu de vie.

Une relance téléphonique est faite dans les 24 à 48 heures postchirurgies et est notée au dossier. Les délais d'attente sont conformes aux exigences du MSSS dans la majorité des spécialités. Le programme opératoire est prêt à l'avance en vue des préadmissions. Les priorités chirurgicales sont modulées selon les disponibilités des médecins de l'extérieur qui détiennent des privilèges pour intervenir à l'intérieur du bloc opératoire du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord. Des corridors de service existent pour les spécialités notamment en hémato-oncologie, en vasculaire, en cardiologie, en neurologie et en psychiatrie.

### 3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables</b>	
2.4 Tous les superviseurs et les membres du personnel qui participent aux activités de retraitement ont réussi un cours reconnu sur le retraitement et la stérilisation.	
<b>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</b>	
8.11 L'équipe dispose d'un processus qui permet de retracer tout l'équipement et tous les appareils diagnostiques en cas de panne ou de défaillance du système de retraitement.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Les processus d'acquisition, d'inventaire, de suivi, d'entretien et de remplacement des équipements et des appareils médicaux sont entièrement informatisés et sont sans papier. L'inventaire de tous les équipements et de tous les appareils médicaux est constitué et conservé dans le logiciel Octopus, logiciel qui est très convivial et complet.

L'acquisition des équipements et des appareils médicaux se fait selon un processus très structuré. Le comité du plan triennal se réunit deux fois par année. Les équipements sont acquis selon trois fonds : fondation, fonds d'urgence, fonds d'actifs.

La compétence du personnel du génie biomédical et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux qui démontrent de la rigueur, de l'originalité et de la créativité dans l'ensemble de leurs tâches est à souligner notamment les systèmes mis en place pour la traçabilité et la gestion des alertes. Des audits de qualité sont effectués et des liens sont faits avec la gestion des risques et les comités du conseil d'administration. L'ensemble du processus de gestion des alertes est conservé sur soutien informatique au génie biomédical.

Les aires de retraitement ont été complètement rénovées, repensées et redessinées. Les procédures mises en place pour le retraitement sont à souligner. Il n'y a pas de sous-traitance, pas d'utilisation de stérilisation rapide, pas de retraitement du matériel jetable. La formation en techniques de stérilisation est obligatoire pour les nouveaux employés. Le personnel en place est à la compléter.

Un système de traçabilité a été développé à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux. Actuellement, il n'y a aucun processus qui permet de retracer une sonde en imagerie diagnostique. Des négociations sont en cours pour l'acquisition d'un système de désinfection à haut niveau par UVC pour des sondes endocavitaires.

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

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

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

### Analyses de biologie délocalisées

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

### Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### Compétences

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

### Épisode de soins

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

### Aide à la décision

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

### Impact sur les résultats

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

### Dons d'organes et de tissus

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

### Gestion des médicaments

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

### Prévention des infections

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

### Interventions chirurgicales

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

### Services de diagnostic - Imagerie

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





25.4	Le comité interdisciplinaire offre régulièrement au personnel et aux prestataires de services une rétroaction sur les erreurs liées aux médicaments et sur les incidents ou accidents évités de justesse, ainsi que sur les stratégies de réduction des erreurs adoptées.	
27.4	Le comité interdisciplinaire réalise régulièrement une évaluation complète de son mécanisme de gestion des médicaments.	
27.6	Le comité interdisciplinaire classe par ordre de priorité les évaluations de l'utilisation des médicaments, puis les réalise.	
27.8	Le comité interdisciplinaire communique les résultats des évaluations au personnel et aux prestataires de services.	

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

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Le processus de gestion des médicaments est bien établi et compris par l'ensemble des intervenants de l'organisation. Plusieurs séquences dans le processus ont été évaluées à l'aide de différents outils de mesure.

La poursuite de l'implantation des cabinets automatisés dans tout l'hôpital est encouragée ainsi que la promotion de l'utilisation d'abréviations normées.

Bien que le service de pharmacie soit performant, le manque de ressources pharmaciens pour soutenir la présence de stagiaires et pour donner un meilleur soutien clinique ainsi qu'une visibilité dans les équipes interdisciplinaires est ressentie. Il semble que la structure actuelle ne permet pas de faire de développement et peut être fragile en cas d'absence.

**3.2.2 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées**

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>	
1.1 L'organisme dispose d'une politique qui définit clairement les liens hiérarchiques et contractuels ainsi que les rôles et les responsabilités en ce qui concerne les ADBD.	
1.3 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD travaille avec un comité interdisciplinaire de professionnels pour définir l'étendue des services d'ADBD et surveiller leur exécution. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.1.2.	
1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
1.7 L'organisme dispose d'une procédure opératoire normalisée (PON) qui définit clairement les rôles et les responsabilités de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.4.	
2.2 Celui qui effectue une ADBD a accès à une personne-ressource désignée. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.1 L'organisme offre à tous ceux qui effectuent une ADBD une orientation et une formation sur les procédures opératoires normalisées (PON).	
3.2 Celui qui effectue une ADBD reçoit de la formation continue et du perfectionnement. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15.	
3.3 L'organisme évalue chaque année le rendement de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.4 Dans le cadre de l'évaluation de son rendement, celui qui effectue une ADBD doit régulièrement fournir des preuves de ses compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement de celui qui effectue une ADBD.	
4.1 L'organisme dispose d'une PON pour chaque ADBD qu'il effectue sur place.	

4.2	Chaque PON contient le titre, l'objectif de la PON, le nombre de pages, un numéro d'identification unique, la date d'entrée en vigueur et des révisions, la signature de la ou des personnes qui ont accordé l'autorisation et la date à laquelle l'autorisation a été signée, un plan détaillé des étapes à suivre, et le nom de la personne responsable de vérifier, de réviser et d'autoriser la PON.	
4.4	L'organisme place les PON dans des endroits où celui qui effectue une ADBD peut facilement y avoir accès.	
4.5	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD informe et s'assure que celui qui effectue une ADBD est formé avant qu'une nouvelle PON ou une PON révisée soit mise en oeuvre.	
4.6	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD revoit et évalue annuellement l'efficacité des PON, et ajuste les PON, les activités de formation ou les processus de contrôle, au besoin.	
5.4	L'organisme suit des procédures écrites pour entreposer, manipuler, nettoyer et désinfecter les appareils d'ADBD.	!
5.8	L'organisme surveille et vérifie si celui qui effectue une ADBD utilise seulement le numéro d'identification unique qui lui a été assigné.	
6.3	L'organisme suit une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ADBD.	!
6.6	L'organisme utilise un processus standard et uniforme pour étiqueter les réactifs et le matériel.	!
8.4	Lorsqu'il prélève les échantillons, celui qui effectue une ADBD respecte la PON en vue de sauvegarder l'intégrité de ceux-ci et d'assurer la sécurité des clients.	!
8.7	Celui qui effectue une ADBD porte de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) conformément à la PON de l'organisme.	!
8.13	L'organisme suit des critères écrits d'acceptation et de rejet des échantillons servant aux ADBD.	!
9.1	L'organisme dispose d'une politique ou procédure normalisée et approuvée, écrite ou électronique, sur la façon de communiquer et de divulguer les résultats des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.8.2.	
9.2	Avant de communiquer les résultats des analyses, celui qui effectue une ADBD vérifie si les résultats sont conformes aux critères d'acceptabilité établis.	
9.4	Les professionnels de la santé suivent une procédure documentée pour communiquer les résultats des ADBD lorsque ceux-ci se situent à l'extérieur des intervalles de références pour les valeurs normales.	!

10.1	L'organisme dispose d'un processus d'amélioration de la qualité des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.2.2, 4.2.4.	!
10.2	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD élabore et tient à jour un manuel d'amélioration de la qualité des ADBD.	
10.3	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD communique les politiques d'amélioration de la qualité au professionnel de la santé qui effectue une ADBD et s'assure de leur bonne compréhension et de leur mise en application.	
10.4	L'organisme assure régulièrement le suivi d'un ensemble d'indicateurs de qualité.	
10.5	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD utilise l'information découlant des indicateurs pour orienter la prise de décisions et apporter des améliorations aux ADBD, et ce, en temps opportun.	
10.9	L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ADBD et obtenir de la conformité aux résultats obtenus. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.	

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

### Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

Il y a eu beaucoup de travail effectué depuis la dernière visite avec l'acquisition et le déploiement de nouveaux glucomètres avec interface informatique. Cette nouveauté permet d'être conforme aux normes sur tout le processus de contrôle de qualité. L'utilisation du numéro unique par les utilisateurs augmente la qualité des résultats et la sécurité aux patients. Depuis la nomination d'une nouvelle coordonnatrice du laboratoire pour le programme des analyses de biologie délocalisées, des améliorations ont été apportées.

Le programme des analyses de biologie délocalisées en est à ses débuts avec la nomination d'un directeur de programme et la formation du comité multidisciplinaire. Il est essentiel de faire le développement d'un programme complet qui inclut un organigramme et la définition des rôles et responsabilités de chaque membre du comité multidisciplinaire. Les modifications à la procédure opératoire normalisée (PON) pour les glucomètres à rédiger par le laboratoire devront inclure tous les éléments nécessaires décrits dans les normes. Il faudra surtout s'assurer de la diffusion de cette procédure sur tous les étages pour que les utilisateurs en prennent connaissance et l'utilisent comme document de référence. Il serait pertinent d'effectuer une révision du programme de formation pour y ajouter un plan de perfectionnement, d'évaluation du rendement et d'évaluation des compétences des utilisateurs. Il faudra prévoir l'achat de contrôle de qualité externe afin d'assurer la qualité des résultats, la performance des équipements et l'évaluation des compétences des utilisateurs. Il faudra également encourager le port de l'équipement de protection individuel (ÉPI) lors de l'utilisation des tests d'analyses de biologie délocalisées.

Il est souhaitable de développer des relations plus étroites entre les services infirmiers et le laboratoire pour s'assurer que tous les critères des normes sont respectés. Il est aussi pertinent que le laboratoire soit plus impliqué avec les utilisateurs pour se tenir à jour avec ce qui se vit sur le terrain. Le laboratoire détient la responsabilité totale de s'assurer que les analyses de biologie délocalisées respectent les normes.

Le laboratoire a déjà établi une surveillance et un contrôle étroit des analyses de biologie délocalisées dans les sites externes tels que les centres d'hébergements et CLSC. Il applique les mêmes critères aux installations externes de l'établissement. Il faudra seulement s'assurer que toutes les informations diffusées à l'interne sont aussi disponibles aux installations externes.

Afin d'assurer, de maintenir et d'améliorer la qualité des résultats, des services et la sécurité des patients, il est nécessaire de développer un programme d'amélioration de la qualité et d'établir des indicateurs de qualité spécifiques aux analyses de laboratoire délocalisées. Les indicateurs pourraient évaluer le suivi des non-conformités, le contrôle de qualité, l'utilisation des numéros uniques, les résultats du contrôle de qualité externe et tout autre élément jugés nécessaires pour apporter des améliorations au service.

## 3.2.3 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
4.7 L'organisme revoit et met à jour ses politiques et procédures au moins tous les trois ans et à mesure que de nouveaux renseignements lui sont acheminés.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
<p>L'équipe de la prévention des infections est très active au sein de l'organisation. Le soutien de la direction est présent et apprécié. L'expertise et le dynamisme de l'équipe sont reconnus par le personnel. Des actions concrètes ont été déployées pour assurer le respect de la procédure du lavage des mains, et ce pour l'ensemble des professionnels, clients et visiteurs.</p> <p>L'équipe est à mettre à jour les lignes directrices et le programme de prévention et de contrôle des infections. Quoique les documents de références datent de plus de 5 ans, l'équipe se réfère aux données probantes et aux pratiques actualisées en matière de prévention des infections.</p> <p>Le personnel du service d'hygiène et salubrité est très engagé dans les processus liés à la prévention des infections. Un travail de complémentarité est en place, mais y a encore place à développer une plus grande complicité (PI-H&amp;S). Ainsi, en collaboration, une attention particulière devrait être apportée à l'aménagement des locaux d'entreposage, des utilités souillées et du matériel laissé dans les corridors. L'encombrement actuel rend plus le nettoyage et la désinfection plus complexe.</p> <p>L'équipe d'hygiène et salubrité est invitée à informer les différents gestionnaires des activités planifiées entre autres les routes de travail par unité et service et à faire la promotion de ses bons coups.</p> <p>La gestion des éclosions est très structurée. Le suivi est rigoureux. L'information relative à la gestion des éclosions est diffusée et gérée au quotidien au comité de gestion des lits.</p>	

3.2.4 Ensemble de normes : Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.3 L'équipe dispose de politiques et de procédures sur le moment et la façon d'obtenir un consentement éclairé des clients et de leurs familles selon les règlements provinciaux ou territoriaux.	!
9.3 L'équipe dispose de politiques et de procédures qui définissent, interdisent et préviennent l'abus, la négligence, le mauvais traitement et l'exploitation en vertu des lois applicables.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
14.1 L'équipe détermine ses besoins en matière de nouvelles technologies et de systèmes d'information.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
<p>Le dernier portrait populationnel remonte à 2009. Les objectifs annuels sont déterminés en équipe et en lien avec les orientations de l'organisation et ministériel.</p> <p>Les services sont organisés en complémentarité avec les organismes communautaires du secteur.</p> <p>Les lieux physiques sont bien adaptés à l'offre de service.</p>	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
Plusieurs cadres de références à jour sont disponibles, soit celui de l'approche multidisciplinaire intégrée en stimulation (Amis) et Intervention psychosociale, celui pour la clientèle DI-TED 0-100 ans et DP social 0-17 ans. Ces documents de références permettent de bien définir les rôles et responsabilités de chacun.	



Le travail interdisciplinaire dans ce contexte se vit très bien. Des pochettes d'accueil sont disponibles pour les nouveaux employés.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Les délais pour recevoir les services sont dans les barèmes fixés. L'utilisateur sait à qui se référer au besoin avant que débute son service. La famille fait partie intégrante du processus. La continuité de service avec les autres partenaires du réseau ou les organismes communautaires est assurée par des mécanismes de communication fluide et bien organisé.

Les services sont offerts autant en groupe qu'en individuel et même dans le milieu de vie de l'individu dans un souci constant d'adapter la stratégie aux besoins de la personne. Ainsi, on retrouve plusieurs groupes de travail. Par exemple : un groupe sur l'encadrement parental, un groupe pour les enfants en attente d'évaluation TSA (Farandole), un groupe parent-enfant pour les familles vulnérables (les petits capables), un groupe de préparation à l'école, un groupe de suivis des petits et les communications. Il y a aussi une clinique d'observations réalisées par l'équipe de stimulation précoce. La multitude des stratégies déployées témoigne de la capacité de créativité de l'équipe qui souhaite offrir des services adaptés aux besoins de leur clientèle.

Même dans les situations de groupe, un plan d'intervention individuel est réalisé pour s'assurer de bien se coller au besoin de la personne. Des plans interdisciplinaires sont aussi réalisés au besoin.

L'accès limité à l'équipe médicale devient un irritant quand l'absence de diagnostic est une barrière pour obtenir des services spécialisés requis.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Le dossier patient électronique est en voie d'implantation, mais l'utilisation de copie papier est encore très répandue, ce qui est source de frustration pour les utilisateurs.


L'équipe se documente sur les meilleures pratiques et adapte son offre de service en lien avec celle-ci. Plusieurs activités de transfert de connaissance sont organisées avec les partenaires communautaires, les usagers et leurs familles.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Un bilan des activités est réalisé annuellement avec l'ensemble de l'équipe. C'est une belle opportunité de revoir l'organisation de service et l'améliorer au besoin

### 3.2.5 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie</b>	
1.1 Au moins une fois par année, l'équipe recueille l'information sur le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des clients sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.3 Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des clients et des professionnels de la santé qui acheminent des clients pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
4.2 L'équipe dispose d'un secteur de services distinct qui comprend un endroit où les clients peuvent attendre et un endroit où mener les examens d'imagerie diagnostique.	
4.5 Le secteur de services aux clients comprend un vestiaire privé et sécuritaire.	!
5.1 L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	!
5.2 L'équipe étiquette et conserve tous les produits chimiques et toutes les solutions conformément aux règlements du SIMDUT.	!
5.4 L'équipe nettoie et élimine les matières contaminées par les substances déversées, le sang et les fluides corporels conformément aux règlements du SIMDUT.	!
6.5 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement du client pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
6.7 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
6.9 L'équipe conserve les versions précédentes du manuel de politiques et de procédures conformément à la politique de l'organisme sur la conservation des dossiers.	
15.1 L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.	!
15.2 L'équipe dispose d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique.	!

15.3	L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.	!
15.4	L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
15.6	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
15.6.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
15.6.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
15.6.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
15.6.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
15.6.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
16.2	L'équipe note les résultats des interventions de contrôle de la qualité, les problèmes détectés et les mesures correctives prises.	
16.3	Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	!
16.4	L'équipe documente toutes les analyses de cas de rejet ou de répétition ainsi que les mesures correctives prises.	!
16.5	L'équipe conserve les dossiers sur les cas de rejet ou de répétition pendant la période établie dans la politique de l'organisme.	!
18.1	L'équipe évalue chaque année la qualité de ses services d'imagerie diagnostique.	!
18.2	L'équipe inclut les clients, les familles et d'autres organismes dans l'évaluation de la qualité de ses services d'imagerie diagnostique.	!

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

### Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

L'accessibilité au service est très bonne, il y a très peu de temps d'attente. Le souci de répondre au besoin émergent de la clientèle est présent. À titre d'exemple, l'équipe a développé de nouveaux types d'examen tel que les colonographie par tomodynamomètre.

Les dépliants d'information destinés à la clientèle sont clairs et attrayants.

L'opinion des clients sur les services n'est pas recueillie de façon régulière, mais un projet chemine en ce sens, cette initiative est à poursuivre.

Un événement indésirable soit une chute d'une usagère a déclenché une analyse des causes souches très bien réalisées et un suivi a été réalisé. Un programme de prévention des chutes adapté au service de radiologie serait une pratique organisationnelle à mettre en place.

Les technologues rencontrés sont satisfaits de l'appui qu'ils reçoivent de l'organisation pour participer à des activités de développement professionnel. Toutefois, une formation relative au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) serait à prévoir.

Un comité est en place pour regarder les questions de sécurité. Il est suggéré de prioriser l'élaboration d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique, l'analyse des cas de rejet et le suivi des contrôles de qualité.


Il existe des politiques et des procédures qui expliquent les procédures de positionnement du client pour les examens d'imagerie diagnostique, mais elles ne sont ni datées, ni signées par le directeur médical ou son remplaçant désigné.

Au niveau des équipements, l'équipe GBM effectue un très bon suivi. Le changement d'appareil particulièrement du PACS est prévu et est attendu. L'aménagement des lieux entraîne quelques contraintes. Les clients effectuent leur attente dans le corridor en face de la réception à l'exception de ceux qui sont dirigés vers la résonance magnétique. Ils sont accueillis dans une salle d'attente bien conçue. Au niveau de l'échographie, toutes les salles ne sont pas accessibles aux clients qui utilisent des aides à la mobilité comme les fauteuils roulants et les marchettes et il n'y a pas de vestiaire privé et sécuritaire.

3.2.6 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire</b>	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services de laboratoire.	
1.3 L'équipe se réunit au moins tous les deux ans pour passer en revue l'information recueillie auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
2.3 L'équipe revoit au moins tous les deux ans ses ententes avec les utilisateurs de laboratoire pour confirmer qu'ils continuent de répondre aux exigences, et elle consigne l'information qui découle de ces revues.	!
3.2 L'équipe évalue régulièrement ses ententes avec les laboratoires sous-traitants et les consultants de l'externe pour s'assurer qu'ils répondent aux exigences et elle consigne les résultats.	
4.1 L'équipe établit des relations de travail entre ses membres et avec les utilisateurs de laboratoire.	
4.2 Lorsque cela est possible, l'équipe travaille avec les utilisateurs de laboratoire pour détecter et éliminer, si possible, les obstacles qui empêchent les usagers et les utilisateurs de laboratoire d'accéder aux services.	
5.1 L'organisme définit clairement la hiérarchie des responsabilités pour les services de laboratoire offerts dans l'ensemble de l'organisme.	
5.2 L'équipe définit les responsabilités et les qualifications requises par chaque membre à l'intérieur des descriptions de poste.	
5.7 Le chef administratif ou son représentant revoit les rôles et responsabilités des membres de l'équipe régulièrement, et il apporte les changements nécessaires.	
6.3 Les compétences de l'équipe sont évaluées après l'orientation, et régulièrement par la suite.	
6.5 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué de façon objective, interactive et constructive.	
7.8 Le laboratoire est équipé pour communiquer de l'information à l'intérieur et à l'extérieur du laboratoire de manière efficiente.	

8.1	Le laboratoire s'assure de la propreté et du bon entretien de tous les espaces de travail.	!
8.4	L'équipe reçoit de la formation sur les procédures de lavage des mains et elle peut accéder à des installations munies des fournitures adéquates pour le lavage des mains.	!
9.2	L'équipe vérifie et consigne régulièrement les conditions ambiantes à l'intérieur du laboratoire.	
9.5	L'équipe maintient un système d'alarme pour l'équipement concerné qui permet d'avertir les membres de l'équipe de changements dans les conditions ambiantes ou en cas de dysfonctionnement, et elle vérifie régulièrement le système.	!
10.2	L'équipe a accès aux exemplaires des lois, des règlements et des normes de pratique appropriés.	!
10.3	L'équipe dispose de directives pour la mise en oeuvre des lois, de règlements et de normes de pratique applicables, et elle explique où aller pour obtenir des renseignements supplémentaires ou de la formation à ce sujet.	!
10.4	L'équipe dispose d'un processus pour faire le suivi de la mise à jour des lois, des règlements et des normes de pratique applicables.	
10.5	L'équipe surveille dans quelle mesure il respecte les lois, les règlements et les normes de pratique, et elle apporte des améliorations à ses directives ou aux activités de formation, au besoin.	!
11.2	L'équipe a accès aux PON qui sont applicables aux activités qu'elles réalisent.	
11.3	L'équipe révisé ses PON tous les deux ans ou plus souvent si cela est nécessaire.	
11.4	L'équipe dispose d'un processus pour revoir et approuver les révisions apportées aux PON.	
11.5	L'équipe offre de l'information ou de la formation avant d'instaurer les nouvelles PON ou celles qui ont été modifiées, au besoin.	
11.6	L'équipe évalue régulièrement la conformité à ses PON et apporte les changements qui s'imposent.	
12.1	L'équipe entretient une relation transparente et respectueuse avec l'utilisateur et les utilisateurs du laboratoire.	!
12.5	L'équipe suit une PON pour gérer les plaintes des usagers et des utilisateurs de laboratoire et pour donner suite aux commentaires reçus à propos de ses services.	!
12.6	L'équipe tient un dossier des plaintes qu'elle reçoit, des enquêtes qui en découlent ainsi que des mesures correctives qu'elle adopte.	!

13.3	L'équipe fournit aux membres appropriés des directives détaillées sur le fonctionnement de l'équipement, ainsi que des guides de dépannage et des directives en cas de mauvais fonctionnement.	
14.1	L'équipe suit des PON à jour pour l'entretien, l'inspection, la validation et l'étalonnage de son équipement, lesquelles sont conformes aux directives des fabricants.	
15.1	L'équipe utilise un système de contrôle de l'inventaire pour s'assurer de toujours avoir suffisamment de fournitures, de réactifs et de milieux de culture.	
16.1	L'équipe suit des PON pour la préparation des fournitures, des réactifs ou des milieux de culture.	!
18.2	L'équipe suit les PON pour répondre aux requêtes qu'elle reçoit verbalement.	
18.6	L'équipe vérifie si les utilisateurs de laboratoire respectent les procédures établies pour placer une demande de services de laboratoire.	
19.1	L'équipe suit les PON pour la préparation de l'usager, l'identification de l'échantillon devant être prélevé, le prélèvement de l'échantillon, l'élimination en toute sécurité des matériaux utilisés pour prélever l'échantillon et le respect de la confidentialité de l'usager tout au long du processus.	!
19.2	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.	
19.2.1	L'équipe utilise au moins deux identificateurs d'usager avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.	<b>PRINCIPAL</b>
20.2	Le laboratoire suit une PON pour le maintien de l'intégrité des échantillons qui sont traités après les heures normales d'ouverture, s'il y a lieu.	!
22.1	L'équipe dispose d'un mécanisme interne de contrôle de la qualité pour vérifier l'exactitude des analyses et des résultats.	
22.5	L'équipe conserve des documents contenant les résultats du contrôle de la qualité, les problèmes cernés et les mesures prises pour régler les problèmes.	!
22.6	L'équipe participe à des programmes de contrôle de la qualité de l'externe par le biais de la vérification des compétences et de comparaisons entre laboratoires.	
23.8	L'équipe dispose d'une politique pour divulguer les résultats des analyses.	
23.9	L'équipe suit une PON pour communiquer les résultats verbalement.	!
24.2	L'équipe mène une enquête sur toutes les erreurs liées à l'utilisation du SIL et elle prend des mesures correctives et les consigne.	

26.3	Le programme de sécurité comprend des programmes d'orientation et de formation ainsi que des programmes d'évaluation.	!
26.5	L'équipe évalue régulièrement la conformité au programme de sécurité et apporte les changements qui s'imposent.	!
27.4	L'équipe se conforme à des pratiques de sécurité lorsqu'elle manipule, examine ou détruit des produits biologiques et chimiques.	!
30.1	L'équipe dispose d'un système complet de gestion de la qualité.	!
30.4	Dans le cadre du système de gestion de la qualité, l'équipe évalue les services grâce à des contrôles internes, à des évaluations et à des processus d'amélioration.	!
30.7	L'équipe évalue régulièrement l'utilisation de ses services et se sert des résultats de l'évaluation pour se renseigner sur l'utilisation des services de laboratoires.	
30.8	L'équipe établit des indicateurs de qualité et en fait le suivi pour évaluer son rendement, et elle communique les résultats aux membres de l'équipe et à d'autres programmes, services ou organismes.	!
30.9	L'équipe établit des objectifs et effectue un suivi des temps d'attente et des délais moyens de réponse pour les demandes de services de laboratoire non urgentes, urgentes et très urgentes.	!
30.10	L'équipe s'appuie sur les données qui découlent du suivi des indicateurs et des évaluations pour guider ses décisions et pour apporter des améliorations continues aux procédures et au système de gestion de la qualité du laboratoire, et ce, en temps opportun.	!

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

### Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

L'équipe de direction du laboratoire de biologie médicale au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord est relativement jeune à la suite de nombreuses nominations récentes. Cela représente tout un défi à relever pour assurer la gestion d'un laboratoire multidisciplinaire et des centres de prélèvement du CSSS. L'équipe administrative peut compter sur la collaboration de son pathologiste à titre de chef médical ainsi que sur le soutien des microbiologistes et de l'hématologiste. Par contre, la collaboration à distance offerte par les biochimistes représente parfois un défi dans la gestion des programmes et tout particulièrement celui des analyses de biologie délocalisées.

Il existe des opportunités de rencontre administratives entre les services du CSSS et la direction du laboratoire. Il serait toutefois souhaitable d'améliorer le processus de communication afin de faciliter les relations de travail. Une meilleure diffusion de la composition de l'équipe de direction du laboratoire auprès des utilisateurs de ses services favoriserait la satisfaction et la planification des services.

L'environnement physique du laboratoire et le parc technologique assurent la qualité des résultats et la sécurité du personnel. L'implantation de nombreux éléments innovateurs tels que les guichets dédiés à la réception des spécimens ou à la mise en circulation des produits sanguins encourage l'efficacité du travail et



assure un accès limité au personnel autorisé. La qualité des résultats est assurée par l'implantation d'un programme d'entretien préventif rigoureux et bien documenté.

Les services de laboratoire sont assumés par une jeune équipe de professionnels dynamiques et dévoués. Toutefois, l'équilibre semble difficile à maintenir en ce qui concerne les effectifs requis pour offrir les services du laboratoire en tout temps. Il y a eu un roulement de personnel assez important, tout particulièrement dans des postes de coordination, ce qui semble représenter un défi continu pour la direction. Dans ce contexte, il sera pertinent d'implanter un programme formel d'évaluation des compétences qui dépassent la participation à des contrôles de qualité externes.

Beaucoup de travail a été effectué dans les derniers mois pour améliorer la sécurité au laboratoire. Un nouveau comité a développé des jeux-questionnaires pour le personnel technique tout en effectuant le suivi des recommandations de Contex Environnement. Il reste toutefois à formaliser le programme de sécurité au laboratoire en identifiant les responsables avec leurs rôles et responsabilités respectives de même qu'à en définir les activités récurrentes.

La gestion des inventaires et de l'approvisionnement du laboratoire aurait avantage à être uniformisée à travers des secteurs. Un mécanisme de gestion pourrait être avantageusement développé pour assurer un approvisionnement efficace et sécuritaire des réactifs et autres fournitures.

Des efforts importants ont été déployés pour implanter un programme de gestion de la qualité. De nombreuses procédures opératoires normalisées (PON) ont été rédigées ou révisées depuis le début de l'année. L'organisme est encouragé à poursuivre ces travaux et à diffuser ces informations auprès du personnel du laboratoire ainsi qu'auprès des utilisateurs concernés. Certains indicateurs de qualité ont été développés pour améliorer la demande, la qualité des prélèvements ainsi que le temps de réponse de certaines analyses. Il sera important de développer d'autres indicateurs et de poursuivre la surveillance de la qualité des processus. Le projet de rehaussement du SIL contribuera à accomplir une meilleure analyse des informations pertinentes. La mise en place d'un programme de gestion de la qualité fournira des données qui serviront à la planification stratégique du laboratoire.

3.2.7 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**

15.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
15.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
15.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE

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

**Processus prioritaire : Direction clinique**

Les différents protocoles, règles de soins et directives cliniques sont connus des intervenants. Il reste à s'assurer de leur application et de leur respect. Des efforts majeurs sont consentis quotidiennement afin d'assurer la libre circulation de l'information. Les tableaux d'affichage ont été aménagés par sujets et préoccupations. Les stagiaires sont présents sur l'unité et sont bien accueillis par l'équipe.

## Processus prioritaire : Compétences

Les clients de l'unité ont accès à des professionnels de toute catégorie. L'équipe travaille en collégialité dans un regard axé sur le bien-être du client.

Des formations adaptées aux besoins de la clientèle sont offertes au personnel. L'évaluation au rendement est perçue comme une activité de partage et de reconnaissance. Lors de cette rencontre, un ou des objectifs d'amélioration sont identifiés par la gestionnaire de concert avec l'employé.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'épisode de soins est suivi de façon très rigoureuse par l'équipe médico-nursing. Ce suivi rigoureux permet d'apporter rapidement des changements au plan de soins et au plan de services assurant ainsi des services adaptés aux besoins du client.

Cette gestion serrée a également des effets très positifs sur l'occupation des lits et le respect des standards de durée de séjour par épisode de soins.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Un logiciel de suivi de l'épisode du client est tenu à jour au fil des changements de sa condition cliniques. Ce suivi rigoureux permet également une saine gestion des lits.

Le dossier du client est à jour et disponible au moment opportun. Cependant, les règles de classement des feuilles au dossier ne sont pas respectées. Les formulaires d'évaluation des risques sont classés de façon très aléatoire. L'organisme est invité à s'assurer du respect de la procédure de classement du dossier de l'utilisateur et à nommer au sein de l'organisation une personne responsable de veiller à son respect.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs audits sont effectués au regard des soins et des services offerts par le service de médecine. Les résultats sont analysés et affichés à l'unité.

L'équipe est invitée à poursuivre les analyses actuelles et à développer de nouveaux indicateurs de suivi, se constituant ainsi un tableau de bord de suivi de gestion lui permettant de poursuivre la démarche entreprise au regard de l'amélioration de la qualité des services offerts.

### 3.2.8 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.2 Des descriptions de poste définissent les rôles, les responsabilités et les champs d'activité des membres de l'équipe.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
<p>Des initiatives récentes favorisent l'accessibilité. Par exemple, l'instauration d'une clinique sans rendez-vous pour l'immunisation des 0-5 ans a permis d'augmenter l'offre de services, l'optimisation du cheminement des demandes de services aux accueils et guichets d'accès et la clinique multisanté parents-enfants.</p> <p>Des travaux de réaménagement sont en cours à la réception et pour les locaux d'intervention au CLSC d'Ahuntsic. Au CLSC de Montréal-Nord, une nouvelle salle d'intervention a été créée en vue d'augmenter l'accessibilité aux services.</p> <p>Différentes approches en santé publique sont déployées.</p> <p>Les intervenants reconnaissent le travail des gestionnaires et l'importance qu'il accorde à la proximité avec leurs équipes malgré la réalité des multisites.</p>	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'approche multidisciplinaire est bien intégrée. L'encadrement clinique permet une plus grande uniformité des pratiques. Des rencontres d'équipes systématiques permettent de bons échanges. Une réorganisation des services courants a permis d'introduire des infirmières auxiliaires.	

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Les services communautaires regroupent l'accueil psychosocial, l'équipe de quartier qui favorise une approche de proximité, l'accueil et la réception en CLSC, les services courants, le guichet d'accès pour la clientèle vulnérable et sans médecin de famille, le centre d'excellence en gestion des maladies chroniques qui débute ses opérations, les services de soins infirmiers en GMF, les services en périnatalité et petite enfance, la planification des naissances et l'interruption volontaire de grossesse, les cliniques de jeunes, les services infirmiers, psychosociaux et d'hygiène dentaire en milieu scolaire, le programme de services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) et œuf-lait-orange (OLO), le programme jeunes en difficultés, l'intervention éducative précoce en milieu de garde, l'Équipe Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE), le service de santé en milieu carcéral, les services intégrés de dépistage et prévention des infections transmises par le sang et sexuellement et les campagnes de vaccination.

Les approches sont nombreuses pour rejoindre une clientèle diversifiée et avec des niveaux de besoins très différents d'un secteur à l'autre. Autant que possible, les pratiques sont harmonisées dans l'ensemble des points de services.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Le dossier patient informatisé est délaissé au détriment d'autres sources d'information, car les intervenants ne retrouvent pas rapidement les informations nécessaires au moment opportun.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les intervenants rencontrés sont soucieux de maintenir une offre de services optimaux dans un contexte de restrictions budgétaires.

3.2.9 Ensemble de normes : Services de santé mentale

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
2.2 Les objectifs de l'équipe se rattachant aux services de santé mentale sont précis et mesurables.	
2.5 L'équipe a accès aux ressources requises pour offrir régulièrement des services de santé mentale de qualité et sécuritaires.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.10 L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner les questions d'éthique.	<b>!</b>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
À la suite du départ de plusieurs psychiatres, un plan de contingence tripartite a été mis en place. Le plan de contingence assure que tous les clients inscrits ou admis au service de santé mentale de 2e ligne reçoivent le service requis par sa condition de santé. Il n'y a pas eu à ce jour de rupture de service.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
Un programme d'encadrement clinique par un spécialiste en activité clinique assure un coaching professionnel au sein de l'équipe. Une valeur ajoutée à souligner et à promouvoir au sein de l'organisation.	
Différentes formations sont offertes aux membres de l'équipe notamment la formation « Oméga ».	
Le processus d'appréciation à la contribution est en cours et est apprécié par le personnel.	

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'accès au service de santé mentale de 2e ligne est facilité 24/24, sept jours semaine, et ce malgré la pénurie actuelle de psychiatres au sein de l'équipe.

L'équipe possède une bonne connaissance des populations à desservir. Des notes au dossier client sont complétées pour tous les épisodes de soins. L'équipe interdisciplinaire est dynamique et les mécanismes de communications sont fluides.

Lorsque requis, les formulaires d'évaluation de risques sont complétés et accessibles au dossier du client. Une note est ajoutée au PI.

Les dilemmes éthiques sont nommés et les réflexions éthiques sont présentes au sein de l'équipe, sans nécessairement se référer au comité d'éthique de l'établissement. Les recommandations sont émises par les membres de l'équipe pour répondre aux interrogations soulevées. Cependant, l'équipe est invitée à enregistrer par écrit ses recommandations et à créer des liens avec le comité d'éthique de l'établissement.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

À la suite du départ de plusieurs psychiatres, un plan de contingence tripartite a été mis en place. Le plan de contingence assure que tous les clients inscrits ou admis au service de santé mentale 2e ligne reçoivent le service requis par sa condition de santé. Il n'y a pas eu à ce jour de rupture de service.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les règles de fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire et les mécanismes de communication sont une garantie du maintien d'un service optimale.


Le personnel est sensibilisé à la déclaration des événements indésirables et plus particulièrement aux types d'événements pouvant survenir dans leur secteur d'activités.

Le tableau de bord de suivi des résultats est embryonnaire. La collecte de données était jusqu'à tout récemment effectuée manuellement. Depuis peu, les activités professionnelles sont inscrites au logiciel SIPPE, ce qui permettra d'assurer un suivi rigoureux des activités professionnelles et l'élaboration d'un tableau de bord de suivi de gestion.

Différents documents d'information sont mis à la disposition des clients et des familles.

La rigueur du suivi effectuée par l'ensemble des membres de l'équipe est un gage de succès d'un service de qualité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
12.2 L'organisme dispose d'une politique qui définit les rôles du personnel et des prestataires de services dans la surveillance ou la gestion des médicaments, s'il y a lieu.	
<p>12.4 Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur (la personne), la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.</p> <p>12.4.1 L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.</p> <p>12.4.2 Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.</p> <p>12.4.3 L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.</p> <p>12.4.4 Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p>	<p style="text-align: center;"> <b>POR</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	



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

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'offre de service ambulatoire de santé mentale adulte s'articule à partir des infirmières en GMF, l'équipe transitoire, l'équipe de troubles relationnels (Fil d'Ariane) et l'équipe ESSOR (Équipe de Suivi et de Soutien au Rétablissement). Les activités sont faites en groupe ou en individuel, mais dans tous les cas un plan d'intervention est réalisé.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire se compose de plusieurs professionnels, dont des infirmiers cliniciens, travailleurs sociaux, psychologues, sexologue, psychoéducateur, neuropsychologue, ergothérapeute. L'encadrement clinique est bien présent. Il existe des cadres de référence pour les sous-programmes tels que celui sur les troubles relationnels (Le fil d'Ariane).

La dynamique de l'équipe permet de développer une belle complémentarité et un partage d'expertise. Plusieurs professionnels au sein de l'équipe sont des intervenants qui œuvrent auprès de la clientèle de santé mentale depuis de nombreuses années ce qui augmente le niveau d'expertise de l'équipe. Le sentiment d'être utile à la clientèle anime les membres chez qui on ressent une grande passion pour leur travail.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le guichet d'accès en santé mentale adulte est efficace. Le cadre de référence qui le soutient a été révisé en avril 2014. Une préoccupation est de réduire le plus possible le temps d'attente et des efforts sont demandés à l'ensemble du personnel en ce sens. Les résultats de cet exercice sont positifs et cela se traduit par une meilleure accessibilité aux services.

Une inquiétude est tout de même présente dans l'équipe à savoir jusqu'à où le défi de la performance les mènera. La crainte de ne plus être capable d'offrir les services dans la forme actuelle est ressentie. L'équipe demeure tout de même mobilisée.

Les liens de partenariats avec les organismes du milieu sont solides et efficaces ce qui permet une belle collaboration. Il en ressort des réalisations concrètes telles que le protocole aider la personne en souffrance à réduire le danger de passage à l'acte suicidaire.

Une piste d'action identifiée par les intervenants pour améliorer la continuité des services serait de décloisonner d'avantage les services entre la première et deuxième ligne. Le psychiatre répondant permet de dénouer des impasses, mais le recours à l'équipe médicale serait dans certains cas bénéfiques.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Le dossier patient électronique est en phase d'implantation depuis 2012 et le mode de fonctionnement actuel génère beaucoup de copies papier ce qui représente une source de frustration pour les intervenants étant donné qu'ils ne sont pas informés sur les prochaines étapes à venir et à quel moment ils pourront bénéficier du plein potentiel du dossier électronique.

Une politique est en voie de voir le jour sur le soutien à la participation citoyenne des personnes utilisatrices des services en santé mentale du territoire.

Un projet de recherche permet d'évaluer les services offerts par l'équipe de santé mentale adulte.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est soucieuse d'évaluer son fonctionnement et revoir leur processus en vue d'optimiser l'ensemble du service. Un processus d'amélioration a été réalisé en effectuant une cartographie du traitement des demandes au guichet d'accès santé mentale adulte et des pistes d'amélioration ont été implantées en 2012-2013 et d'autres ont été priorisées pour être réalisées en 2013-2014. Un bilan du sous-programme des troubles relationnels est produit en 2013.

3.2.11 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

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

**Processus prioritaire : Direction clinique**

1.2	L'organisme utilise l'information recueillie au sujet des résidents et de la communauté pour déterminer quels services il serait approprié d'offrir et dresser une liste des priorités si de nombreux besoins en matière de santé sont décelés.	
-----	---	--

**Processus prioritaire : Compétences**

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

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

7.3	Pendant le processus d'évaluation, l'équipe tient compte des besoins et des attentes des résidents, ainsi que de la participation de la famille et des soignants.	
-----	---	--

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

18.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux résidents et aux familles.	
------	--	--

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

**Processus prioritaire : Direction clinique**

Le personnel est accueillant et engagé. Les résidents ont apporté des commentaires positifs sur les soins reçus. Le personnel dispose de beaucoup d'outils principalement d'aide à la décision et à l'évaluation des besoins des résidents. Le personnel reçoit un soutien exemplaire des conseillères cliniques et du service de prévention des infections. Pour ce dernier, des documents de référence spécifiques aux soins de longue durée et des directives sous forme de tableaux sont disponibles pour référence. Des tableaux de mesures à prendre et de suivi conjoint de la clientèle porteuse d'une maladie infectieuse ou d'une bactérie multirésistante sont acheminés toutes les semaines.

Le personnel soignant connaît bien les résidents et ceux-ci sont traités avec respect.

L'organisation a mis en place 2 projets de milieu de vie qui méritent d'être soulignés par la qualité et la sécurité entourant l'admission de ces résidents. L'un au niveau des personnes ayant un profil de santé mentale et l'autre consiste à accueillir des clientèles nécessitant un hébergement temporaire afin d'avoir une évaluation plus spécifique pour une orientation dans le réseau. Par contre, les représentants du comité des médecins, pharmaciens et dentistes de l'établissement ne semblent pas en accord avec cette orientation régionale.

Plusieurs mesures de sécurité sont présentes et les contentions sont utilisées en dernier recours. À la demande de résidents, l'équipe a fait l'installation de demi-portes et des arrêts de porte en toile sont à l'essai.

La vérification de l'identité d'un nouveau résident en centre d'hébergement est un défi. L'équipe s'est dotée d'un moyen efficace d'identifier le résident à l'aide d'une photo au niveau de sa chambre, du tiroir de ses médicaments et dans un document de référence. Toutefois, en absence de possibilité d'obtenir une photo rapidement, il est suggéré de mettre un identificateur temporaire en l'absence du bracelet d'hôpital.

## Processus prioritaire : Compétences

Avant le déploiement du nouveau modèle d'organisation des soins en hébergement, il a eu une harmonisation des plans de travail de chaque professionnel et de chacun des non professionnels œuvrant dans les centres. Ceci assure que le personnel a des compétences et des habilités pouvant être pratiquées dans les 4 installations afin d'assurer une sécurité dans la mobilité du personnel.

Des outils de travail, par exemple, la description des tâches ou aide-mémoire, ont été développés afin de soutenir l'équipe dans un contexte de changement en lien avec une prestation sécuritaire de soins.

Il existe des réunions d'équipe et de gestionnaires donnant la possibilité de partager ses connaissances.

Il existe un processus bien structuré d'entrevue, puis de sélection. Lorsque la personne est embauchée, elle reçoit de la formation spécifique selon son titre d'emploi et de l'information organisationnelle.

L'organisme possède un programme d'accueil particulier des préposés aux bénéficiaires développé en collaboration avec des partenaires du réseau dans le but notamment d'améliorer la rétention de ce personnel et de développer leurs compétences et leur degré d'intégration. Par la suite, certains préposés avec un profil établi, de façon volontaire, pourront être des accompagnateurs pendant la période d'adaptation d'un nouveau embauché dans ce titre d'emploi.

L'établissement est encouragé à poursuivre ce modèle d'organisation de soins et ses programmes novateurs.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Lors de l'admission d'un nouveau résident, celui-ci est accueilli par le personnel soignant, une pochette d'information complète lui est remise. Un membre d'une famille a mentionné que parfois, la personne qui accompagne le résident reçoit beaucoup d'information dans un contexte émotif. Les informations ne sont pas toujours transmises au reste de la famille parce que la personne a oublié. Il serait peut être intéressant d'explorer la possibilité d'impliquer pleinement la famille.

Le résident est évalué à l'aide d'outils normalisés et bien ordonnancés dans son dossier. Un plan de soins, d'intervention et plan de travail spécifique sont élaborés afin de répondre adéquatement aux besoins du résident. Il est noté un grand respect des résidents dans leurs décisions et leurs habitudes de vie, et ce, dans les 4 centres d'hébergement.

L'hébergement de clientèles particulières comme par exemple, la clientèle avec profil santé mentale semble bien répondre à un besoin populationnel et ce, dans un milieu de vie agréable. Les résidents étaient joviaux et calmes. Toutes les mesures de sécurité étaient en place et le personnel se disait bien formé pour soigner et intervenir auprès de cette clientèle.

Le personnel et les médecins se disent heureux de travailler dans ce milieu. Ils sont soucieux de dispenser des soins de qualité et sécuritaire auprès de la clientèle. Dans les centres d'hébergement, le personnel était attentionné auprès des résidents. Ceux-ci semblent heureux et se disent bien traités.

L'équipe est encouragée à régulariser la température de l'eau des douches dans les centres d'hébergement. Il a été observé qu'il y avait des fluctuations de température d'eau qui variait entre 1 et 53 degrés.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les centres d'hébergement ont eu un changement organisationnel où la pratique soignante a été bonifiée selon les rôles et responsabilités de chaque intervenant. Toutefois, l'organisme est invité à outiller ou à soutenir davantage le personnel dans ce nouveau déploiement.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Avec le déploiement de la réorganisation des soins, il y a eu un réajustement des ressources de façon à responsabiliser les membres de l'équipe au niveau de leurs rôles et responsabilités.

Individuellement, dans les centres d'hébergement, les risques sont évalués et suivis par les gestionnaires. L'adjointe à la direction fait un suivi rigoureux à cet égard. Toutefois, le personnel n'a pas les informations pour l'ensemble de l'établissement. Les statistiques semblent rester au niveau des gestionnaires. L'organisme est invité à partager les informations avec son personnel.

Plusieurs outils d'évaluation ont été développés afin de répondre aux soins plus complexes dans un contexte de soins de fin de vie.

3.2.12 Ensemble de normes : Services de soins intensifs

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
9.12 Dans la mesure du possible, l'équipe permet aux membres de la famille du client d'être présents dans la chambre quand elle effectue des interventions d'urgence.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
18.5 L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	
<b>Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus</b>	
8.19 L'équipe a accès aux données recueillies sur tous les décès s'étant produits à l'unité des soins intensifs et dispose d'un processus pour examiner ces données de façon à repérer les possibilités manquées de don d'organes et de tissus.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
<p>L'équipe connaît les besoins des différentes clientèles à desservir. L'organisation des services prend en compte les besoins de santé des clients admis. L'équipe sait s'adapter rapidement aux besoins et réponds adéquatement aux demandes d'admission. Une classification des clients admis en soins intensifs est utilisée par le personnel. Cette classification est en révision actuellement. De plus, l'épisode de soins en soins intensifs est établi en 4 phases, ce qui guide les intervenants dans l'exécution des tâches au quotidien.</p> <p>À l'unité de soins, l'outil de suivi informatisé permet de suivre l'évolution de l'état de santé du client admis. Le tout assurant une efficacité maximale des interventions requises et la planification d'un retour rapide dans son milieu de vie naturel.</p>	

## Processus prioritaire : Compétences

Au cours des dernières années, l'organisme a été confronté à un problème majeur en matière de rétention de personnel. L'arrivée d'un nouveau chef d'unité et la mise en place d'une gestion participative ont permis de doter la majorité des postes à combler. Différentes actions visant la rétention du personnel furent déployées, afin d'assurer la rétention du personnel de l'unité des soins intensifs.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Une équipe de professionnels dynamique et engagée œuvre auprès des clients admis en soins intensifs et aux soins complexes. IL n'existe pas de critères d'admission, on parle plutôt de critères d'exclusion et de planification du congé des soins intensifs.

Au cours des derniers mois, des procédures et processus ont été établis afin d'améliorer le travail d'équipe, ce qui a permis d'assurer le recrutement et de doter plusieurs postes qui étaient vacants. Une amélioration du climat de travail est soulignée par le personnel rencontré.

Un suivi rigoureux de l'évolution de l'état de santé du client est effectué et consigné au dossier et au logiciel de suivi des clientèles.

Une règle de soins au regard de la thromboprophylaxie est en vigueur pour les clients à risque de TEV. Le modèle d'ordonnance individuelle est peu utilisé. L'organisme est invité à revoir le modèle afin d'en faciliter son utilisation par tous les prescripteurs.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Un fonctionnement d'équipe renouvelé, des rencontres régulières avec l'équipe médicale et la gestionnaire de l'unité, des règles de soins et des procédures administratives claires permettent une prise de décision axée sur une organisation de soins et de services efficace et efficiente.

Le dossier du client contient l'information relative à l'épisode de soins ou de service.

Le personnel participe à des formations spécifiques aux soins et services offerts. Il participe aux formations offertes au niveau organisationnel.

Des rapports d'incidents et d'accidents sont remplis lorsqu'un événement indésirable est identifié. Le personnel connaît bien la procédure de déclaration et d'analyse.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe détermine les ressources nécessaires pour répondre au besoin des clients admis aux soins intensifs et aux soins complexes. Les outils de suivi et d'orientation client (Classes et Phases) permettent de s'ajuster aux besoins identifiés.

Les événements indésirables sont de plus en plus déclarés. L'analyse et le suivi apportés sont des gages d'action visant l'amélioration des services. La culture du non-blâme est favorisée.

Le point de vue du client au regard des services obtenus est sollicité, mais il apparaît difficile à obtenir. L'organisme est invité à revoir ses modalités de sondage sur la satisfaction de la clientèle.

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

Les dons d'organe et de tissus sont des activités récemment identifiés comme une priorité par l'organisme. Des séances d'information par les professionnels de Québec-Transplant ont été offertes au personnel des soins intensifs. L'équipe médicale recevra sous peu la visite des professionnels de Québec-Transplant. Un porteur de dossier est identifié dans l'organisation.

Malgré une volonté de contribuer activement aux dons d'organes et de tissus, l'exercice demeure embryonnaire.

La direction est invitée à poursuivre la sensibilisation auprès des différents membres du personnel, mais également d'en faire la promotion avec un objectif organisationnel. L'organisme est encouragé à confirmer par écrit son engagement en lien avec les dons d'organe et de tissus par une politique officielle qui tout en respectant les protocoles établis par Québec-Transplant saura donner les couleurs de l'établissement en la matière.



### 3.2.13 Ensemble de normes : Services des urgences

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.2 L'équipe utilise l'ÉTG pour l'urgence pédiatrique afin d'effectuer le triage des clients en pédiatrie.	
8.6 L'équipe a la priorité d'accès aux épreuves diagnostiques et aux analyses de laboratoire, ainsi qu'aux résultats et aux experts appropriés pour gérer les clients dont la vie est en danger et dont l'état est urgent.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
Des rencontres hebdomadaires sont tenues par la chef de l'urgence. Ces rencontres assurent une communication bidirectionnelle entre les membres des différentes équipes sur tous les quarts de travail et l'administration. Ces rencontres ont, à ce jour, permis l'amélioration du climat de travail à l'urgence et sauront assurer dans le temps la rétention du personnel.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
Les différents professionnels œuvrant au service d'urgence connaissent et respectent leur champ de pratique professionnel. Des formations sont offertes régulièrement selon le besoin identifié. Une formation spécifique pour les clientèles pédiatriques est souhaitée par le personnel. L'orientation du nouveau personnel revu au cours des derniers mois a favorisé le recrutement et a permis de hausser la rétention du personnel.	

L'équipe fonctionne en interdisciplinarité et la communication entre les divers intervenants est fluide et efficace.

L'assignation d'une ressource à la salle de réanimation apporte une assurance aux intervenants au regard des gestes à poser et des rôles à respecter lors d'une réanimation.

Le processus d'appréciation à la contribution est en cours et est apprécié par le personnel rencontré.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

Les nouveaux membres de l'équipe reçoivent une formation adaptée au service de l'urgence et sont jumelés à un professionnel expérimenté dans les premiers jours de son arrivée.

Les formulaires d'évaluation du risque et d'évaluation de la douleur sont connus et utilisés par le personnel.

Des rencontres d'équipe sont tenues régulièrement, les discussions portent sur des préoccupations d'organisation de travail au quotidien et les éléments facilitateurs au regard des activités des soins et de services.

L'organisation physique comme aux postes A, B, et C facilite l'organisation du travail et la répartition des rôles et responsabilités. Un meilleur suivi et un remplacement au besoin par la responsable de la salle de réanimation sont ainsi mis en place, et ce tant au niveau du triage que des différentes sections de l'unité.

Des liens avec les pharmacies communautaires permettent d'obtenir rapidement les renseignements requis au regard de la médication en cours.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

Le dossier de l'usager inscrit est accessible au moment opportun. Le processus de triage est respecté et une réévaluation est effectuée au besoin. L'échelle de triage pédiatrique est à planter.

L'équipe médicale est renouvelée permettant de mieux répondre aux besoins du service. Un algorithme de gestion de l'occupation des civières et de l'ouverture de lits de débordements facilite la prise de décision dans l'orientation de la clientèle et l'accueil de nouveaux clients.

Les rencontres hebdomadaires entre la chef de service et le personnel permettent la participation du personnel à la prise de décision au regard de l'organisation du travail.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Des rapports d'incidents et d'accidents sont remplis lorsqu'un événement indésirable est identifié. Le personnel connaît bien la procédure de déclaration et d'analyse, la culture du « non-blâme » est privilégiée. Le nombre de déclarations est en augmentation.

Le comité médico-nursing analyse les situations à risque et propose les modifications en vue d'apporter les correctifs jugés nécessaires.

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

Les dons d'organe et de tissus sont des activités récemment identifiés comme une priorité par l'organisme. Des séances d'information par les professionnels de Québec-Transplant ont été offertes au personnel des soins intensifs. L'équipe médicale recevra sous peu la visite des professionnels de Québec-Transplant. Un porteur de dossier est identifié dans l'organisation.

Malgré une volonté de contribuer activement aux dons d'organes et de tissus, l'exercice demeure embryonnaire.

La direction est invitée à poursuivre la sensibilisation auprès des différents membres du personnel, mais également d'en faire la promotion avec un objectif organisationnel. L'organisme est encouragé à confirmer par écrit son engagement en lien avec les dons d'organe et de tissus par une politique officielle qui tout en respectant les protocoles établis par Québec-Transplant saura donner les couleurs de l'établissement en la matière.

3.2.14 Ensemble de normes : Services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	
1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information sur la demande de services transfusionnels, y compris le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des usagers sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.3 Les membres de l'équipe devraient revoir l'information ensemble et la communiquer à d'autres équipes administratives et cliniques dans l'organisme, au besoin.	
2.1 L'équipe établit des buts et effectue un suivi des délais de réponse pour les demandes de services transfusionnels non urgentes, urgentes et très urgentes.	!
3.2 L'équipe dispose de profils de postes qui définissent les qualités, les rôles et les responsabilités, de même que le niveau d'autorité de chaque membre du personnel.	
3.3 L'équipe dispose d'une structure de gestion avec des liens et des responsabilités hiérarchiques clairement définis.	
3.5 L'équipe dispose d'un superviseur technique désigné qui assure le leadership et de l'encadrement, et qui remplit des fonctions de coordination administrative des services transfusionnels.	
4.1 L'équipe suit un programme d'orientation complet et une formation sur les procédures opératoires normalisées (PON), les questions d'éthique, les systèmes d'information et la confidentialité, les techniques sanitaires, la santé et la sécurité au travail, la prévention des infections, l'hygiène, les activités liées à l'amélioration de la qualité et à la sécurité, y compris les mesures en vue d'empêcher que surviennent des événements sentinelles, des incidents indésirables ainsi que des accidents et incidents évités de justesse.	
4.3 L'équipe dispose d'un programme structuré pour assurer le maintien des compétences des membres de l'équipe, y compris l'évaluation de leurs connaissances théoriques et pratiques sur les services transfusionnels par le biais de diverses techniques.	
4.4 Les gestionnaires de l'équipe consignent les résultats d'évaluation et de réévaluation des compétences.	
4.5 L'équipe participe à un programme de vérification des compétences qui comprend la prise de mesures correctives lorsque les résultats des évaluations des compétences sont insatisfaisants.	

4.6	L'équipe dispose d'un système qui évalue régulièrement l'efficacité de ses activités de formation et d'évaluation des compétences.	
5.1	L'équipe élabore et suit des PON précises et concises pour ses activités de transfusion.	
5.3	L'équipe révisé et met les PON à jour tous les deux ans ou plus souvent si cela s'avère nécessaire.	
5.4	L'équipe suit un système de contrôle documentaire pour l'élaboration et la mise à jour des PON.	
5.5	Après avoir approuvé les nouvelles PON et celles qui sont révisées, les gestionnaires de l'équipe vérifient que les membres appropriés de l'équipe ont reçu l'information ou la formation nécessaire avant que les nouvelles PON ou celles qui sont révisées soient mises en circulation.	
5.6	L'équipe évalue régulièrement la conformité à ses PON et apporte les changements qui s'imposent.	
7.5	L'équipe suit des PON pour la maintenance, l'inspection, la validation et l'étalonnage de l'équipement, qui sont conformes aux instructions du fabricant.	
8.3	L'équipe maintient le système d'alarme en bon état afin d'avertir le personnel des changements de conditions ou des défauts, et elle le vérifie régulièrement.	!
17.5	Si les composants sanguins ou les produits sanguins accompagnent l'utilisateur d'un établissement à un autre, l'équipe expéditrice informe l'équipe de transfusion destinataire et est responsable du composant sanguin ou du produit sanguin jusqu'à ce que l'établissement destinataire le reçoive.	
18.1	L'équipe suit une PON pour la mise en circulation des composants sanguins et des produits sanguins servant aux transfusions.	!
18.4	Lorsqu'il est impossible de se procurer des composants sanguins ayant subi toutes les analyses, l'organisme dispose d'une politique sur la mise en circulation de composants sanguins n'ayant pas subi toutes les analyses exigées dans les situations d'urgence, ce qui exige la présence d'un bordereau de mise en circulation complet, la preuve écrite de l'obtention du consentement éclairé de l'utilisateur ainsi que de l'approbation du médecin du receveur.	!
21.2	L'équipe qui a émis l'ordonnance fournit de l'information au receveur, ce qui comprend une description du composant sanguin ou du produit sanguin, des risques et des avantages associés à la transfusion et des autres options qui s'offrent à lui, ainsi qu'une description des risques et avantages qui s'y rattachent.	!
21.4	L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.	!

21.5	Lorsqu'un usager est incapable de donner son consentement libre et éclairé, l'équipe a recours à une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'usager ou à des directives préalables, le cas échéant.	!
22.1	L'équipe suit les PON établies pour effectuer des transfusions de composants sanguins et de produits sanguins, et utilise des appareils de perfusion et autre équipement de transfusion approuvé par Santé Canada.	
22.3	Immédiatement avant la transfusion, et en présence du receveur, l'équipe vérifie si les composants sanguins et les produits sanguins correspondent à l'étiquette de compatibilité et si tous les renseignements permettant d'identifier le receveur correspondent à ceux du composant sanguin ou du produit sanguin, et elle consigne cette information.	!
22.9	Si le membre de l'équipe effectue une transfusion de sang total ou de globules rouges, il doit terminer la transfusion dans les quatre heures suivant le retrait de l'unité du milieu à température contrôlée.	!
24.1	L'équipe suit les PON qui portent sur la production et le maintien d'un rapport de transfusion, et pour en assurer l'accessibilité.	
24.5	Après la transfusion, l'équipe met à jour le dossier médical du receveur pour inclure le type de composant sanguin ou de produit sanguin transfusé, la date et l'heure de la transfusion, l'identité du membre de l'équipe qui a fait la transfusion et toute réaction transfusionnelle.	!
26.5	Lorsqu'elle évalue la qualité de ses services transfusionnels, l'équipe s'assure la participation des usagers, des familles, d'autres équipes dans l'organisme ainsi que d'autres organismes.	
26.7	L'équipe examine les résultats de l'évaluation et les communique aux autres équipes dans l'organisme, à d'autres organismes, aux usagers et familles, s'il y a lieu.	
27.5	L'équipe mène des enquêtes, y compris des épreuves en laboratoire pour déterminer la cause de l'événement sentinelle, l'événement indésirable ou l'accident ou incident évité de justesse.	!
27.6	L'équipe consigne les mesures correctives appropriées et prend des mesures pour éviter que les événements sentinelles, les événements indésirables et les incidents ou accidents évités de justesse se produisent à nouveau.	!
27.7	L'équipe conserve une copie du rapport d'enquête et place l'information sur l'événement indésirable, y compris les recommandations concernant les transfusions à venir, dans le dossier médical du receveur.	!
28.1	L'équipe suit les PON pour la mise en quarantaine et la destruction des composants sanguins et des produits sanguins non sécuritaires.	!

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

### Processus prioritaire : Services transfusionnels



Les services transfusionnels de CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord sont déployés dans le cadre des activités de type hospitalière correspondant à la mission de l'Hôpital Fleury. Le CSSS est défini comme un centre associé qui relève du centre désigné de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. La gestion de la qualité et de la sécurité relève donc du chargé de sécurité transfusionnelle de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et les activités transfusionnelles de CSSS d'Ahuntsic-Montréal-Nord relèvent du comité d'hémovigilance de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, dont le médecin hématologiste et la coordonnatrice de la banque de sang de l'Hôpital Fleury sont membres.

Des lacunes importantes dans la diffusion de l'information et la communication entre les équipes administratives et cliniques impliquées dans le processus transfusionnel ont été relevées. La chargée de sécurité du centre désigné, la coordonnatrice de la banque de sang ainsi que la conseillère clinique de l'Hôpital Fleury sont encouragées à travailler en équipe et à développer un cadre de travail formel qui définira les rôles et les responsabilités de même que le niveau d'autorité de chaque membre du personnel impliqué dans les services transfusionnels. Les services transfusionnels dépendent de la qualité des procédures techniques autant que de la vigilance dans l'application du processus clinique, d'où l'importance d'une coordination étroite entre les personnes responsables des services.

La conception, la disposition des locaux et l'environnement physique du laboratoire favorisent la prestation de services efficaces et efficients. L'accès à la banque de sang par un guichet unique assure la sécurité de la mise en circulation des produits sanguins. Le rehaussement de quelques équipements en banque de sang garantit la qualité et la sécurité des analyses, grâce à la collaboration d'un personnel qui démontre un intérêt réel pour les activités techniques de banque de sang.

Le processus appliqué pour effectuer une transfusion sanguine a fait l'objet d'une excellente analyse prospective. Les points forts et les défis à la qualité ont été analysés et font l'objet d'un suivi intéressant et proactif. Cependant, les procédures organisationnelles normalisées (PON) concernant les services transfusionnels ne sont pas à jour, à la banque de sang comme pour le volet clinique. Il serait pertinent que les responsables s'entendent sur le contenu des politiques et des procédures qui doit être rendu disponible au personnel technique et clinique de même que sur le processus de validation de la conformité aux PONs, incluant celui concernant l'obtention du consentement éclairé de la part du patient. Le programme d'orientation et de perfectionnement du personnel technique et clinique doit être en mesure de s'appuyer sur des documents dûment approuvés et révisés sur une base régulière. De plus, un programme formel d'évaluation des compétences devra être implanté pour assurer la qualité et la sécurité de tout le volet transfusionnel.

### 3.2.15 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
1.5 L'organisme dispose de lignes directrices lorsqu'il obtient des services contractuels auprès d'autres prestataires (par exemple, des agences de dotation en personnel de soins de santé).	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.6 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace à l'intention des prestataires de services au sujet de toutes les pompes à perfusion.	
4.6.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	<b>PRINCIPAL</b>
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
6.3 L'organisme répond aux demandes de services et d'information en temps opportun.	
6.8 Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur).	
6.8.1 L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.	<b>PRINCIPAL</b>
6.8.2 Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.	<b>PRINCIPAL</b>
6.8.3 L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.	<b>PRINCIPAL</b>
6.8.4 Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.	<b>SECONDAIRE</b>
6.9 L'organisme a recours à des mesures cliniques normalisées pour évaluer la douleur du client.	
9.2 L'organisme élabore un plan de soins pour chaque client, en collaboration avec le gestionnaire de cas du client, s'il y a lieu.	



9.4	L'organisme suit le plan de soins du client pour offrir ses services.	
10.1	L'organisme dispose d'une politique et de procédures qui soulignent son rôle en ce qui concerne les médicaments du client.	!
10.6	L'organisme répond aux demandes d'information relative aux médicaments après les heures d'ouverture.	

### 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 fait que le personnel change souvent dans les entreprises d'économie sociale qui offrent de façon contractuelle les services d'aide à l'alimentation et soins d'hygiène à domicile est source d'insatisfaction pour la clientèle. Heureusement pour ce qui est des soins à domicile il y a une belle continuité de service.

Les intervenants apprécient être consultés dans l'organisation des soins et services. Le travail d'équipe est bien implanté, les rôles et responsabilités bien définis.

#### Processus prioritaire : Compétences

En général, les intervenants témoignent qu'ils sont bien supportés dans l'accès à la formation ce qui leur donne le sentiment d'être qualifiés et compétents pour effectuer des soins et services à domicile.

Toutefois de façon plus spécifique, l'établissement est encouragé à prioriser la formation sur les pompes à perfusion.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

Plus de 1000 clients sont sur la liste d'attente. Les délais pour les services de réadaptation et particulièrement d'ergothérapie sont longs et occasionnent un sentiment de surcharge pour les autres professionnels de l'équipe. Une liste des médicaments est effectuée lors de l'évaluation initiale du client, mais cela ne constitue pas un BCM. L'organisme est encouragé à poursuivre ces démarches en ce sens.

Dans l'évaluation de l'autonomie, une brève section porte sur l'environnement physique ce qui est une amorce de l'évaluation des risques en matière de sécurité pour les clients à domicile. Plusieurs dépliants d'information sont produits et diffusés pour informer les clients au sujet de leurs rôles en matière de sécurité. Le programme de prévention des chutes et de réduction des conséquences a été rédigé en 2009 et un rapport d'analyse d'audit de dossier à ce sujet a été réalisé en 2013.

## Processus prioritaire : Aide à la décision




L'introduction progressive du dossier patient électronique est un élément intéressant, mais n'a pas encore atteint son plein potentiel ce qui démotive les utilisateurs. Les visites aux usagers sont effectuées le matin et les intervenants sont présents au bureau en après-midi pour compléter l'ensemble des documents demandés. L'organisation est encouragée à évaluer l'utilisation de nouvelle technologie afin de maximiser la présence auprès de la clientèle.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le bon fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire est une source de satisfaction pour les intervenants et donne de bons résultats pour les services à la clientèle. Les intervenants ont le sentiment d'être bien soutenus par l'organisation.

### 3.2.16 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération</b>	
3.6 L'équipe affiche, suit et documente un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération et des zones connexes.	
<b>Ensemble de normes : Services de chirurgie</b>	
3.5 L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.	
6.8 L'équipe revoit régulièrement les besoins des clients qui sont en attente de services et répond rapidement à ceux qui vivent une urgence ou une situation de crise.	
7.9 L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression. 7.9.1 L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé. 7.9.2 L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque client à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du client.	 <b>PRINCIPAL</b>  <b>PRINCIPAL</b>
15.2 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients. 15.2.3 La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées. 15.2.4 L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue. 15.2.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	 <b>PRINCIPAL</b>  <b>SECONDAIRE</b>  <b>SECONDAIRE</b>

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

L'équipe œuvrant en salle d'opération et à la salle de réveil possède l'expertise requise et le personnel y est relativement stable. Différents protocoles, règles et directives viennent encadrer les différentes routines de travail. Ces protocoles, règles et directives sont respectés rigoureusement par l'ensemble des professionnels. La collaboration entre le service de soins et l'équipe de prévention des infections est très bien engagée.

Prenant en compte des disponibilités en temps opératoire, une entente avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont permet le partage de temps opératoire avec les chirurgiens généraux de cet établissement. Cette entente permet de régulariser la charge de travail qui était auparavant perçue « en dents de scie » et de contribuer régionalement à la réduction des temps d'attente en chirurgie.

L'entreposage du matériel stérile répond aux normes actuelles, il n'y a pas de stérilisation rapide.

Au niveau de l'unité de soins, l'équipe est en mouvance constante. Des efforts sont en cours afin de favoriser le recrutement et la rétention du personnel. L'arrivée d'une nouvelle gestionnaire saura être bénéfique. Cette dernière possède une vision réaliste des forces de l'équipe et des améliorations à apporter. Les différents procédures et protocoles sont connus, mais non utilisés systématiquement. En référence, les différentes échelles d'évaluation du risque comme les échelles de Braden et de Morse et de la gestion de la douleur.

Au regard de la déclaration des événements indésirables, des séances d'informations et d'échanges ont permis de faire connaître l'importance de les signaler dans un contexte d'amélioration de la qualité des services. Une augmentation de déclaration est observée depuis le début de cet exercice. Les résultats sont diffusés au personnel.

## Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

### 4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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

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

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

- Période de collecte de données : 1 mai 2013 au 30 novembre 2013
- Nombre de réponses : 14

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	0	0	100	89
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	0	100	93
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	0	100	93
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	0	0	100	90

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	0	7	93	89
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	7	7	86	92
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	7	93	94
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	0	7	93	93
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	0	7	93	92
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	7	93	90
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	0	8	92	88
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	7	7	86	89
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	14	86	92
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	21	79	87
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	0	100	96
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	91

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	95
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	8	23	69	78
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	15	23	62	66
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	23	23	54	61
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	77
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	25	33	42	53
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	15	85	78
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	7	7	86	81
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	23	31	46	64
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	7	93	92
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	0	38	62	78
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	92

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	8	8	85	81
30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	0	100	88
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	0	100	84
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	0	0	100	79
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	14	86	86
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	21	79	91
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	8	92	92
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	0	8	92	86
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	90

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



## 4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

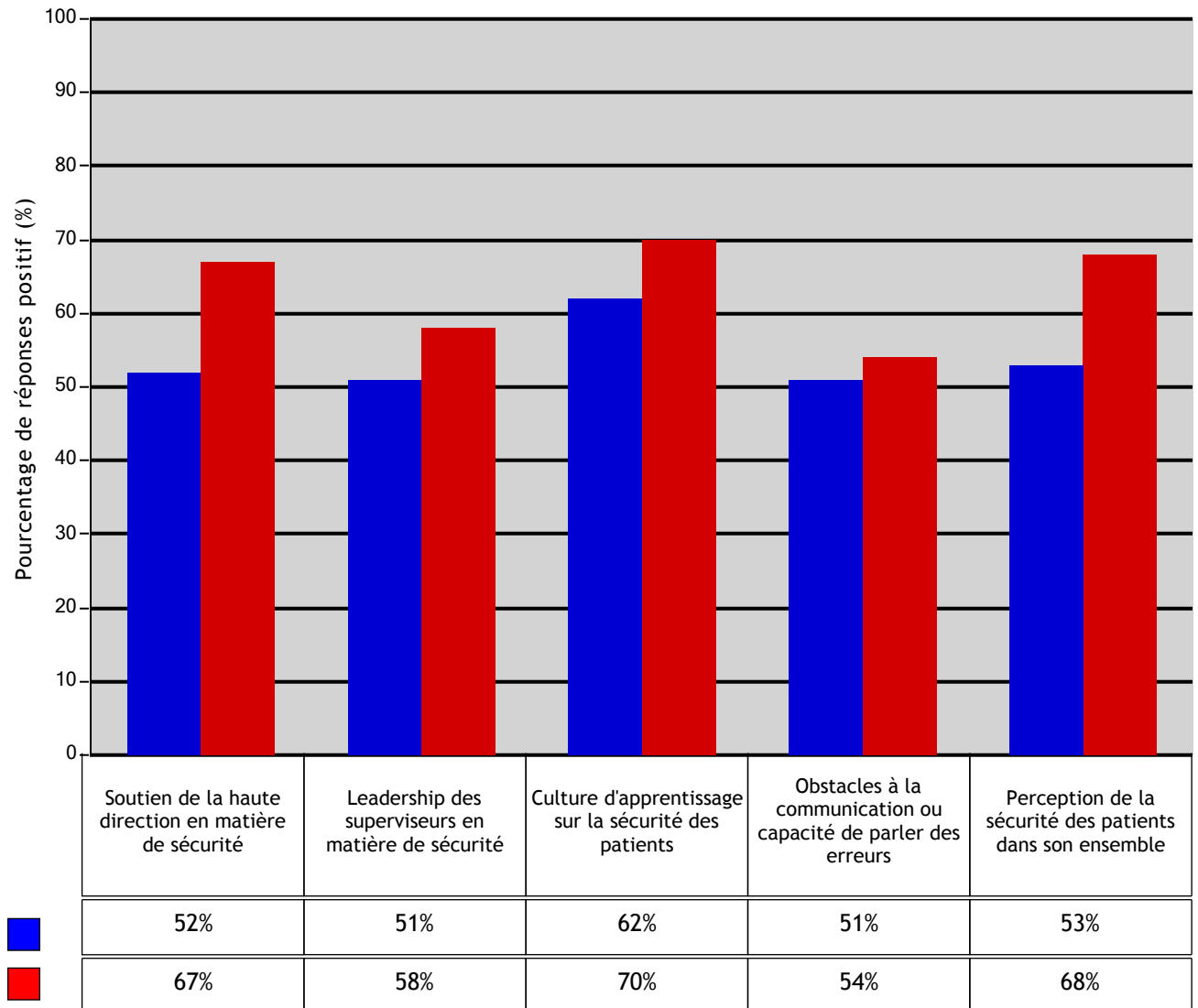
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- Période de collecte de données : 1 avril 2013 au 5 juin 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 302
- Nombre de réponses : 572

Culture de sécurité des patients : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

- Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord
- \* Moyenne canadienne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Mobilisation :

Comparaison entre le degré de mobilisation du personnel du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui observé dans d'autres établissements de taille similaire

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 1139			Autres établissements du Québec n = 15175		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
ROUGE	Réalisation	72,00	71,00	73,00	78,00	76,00	80,00
ROUGE	Implication	67,00	66,00	68,00	72,00	69,00	76,00
ROUGE	Collaboration	72,00	71,00	73,00	77,00	74,00	79,00
ROUGE	Soutien	61,00	60,00	62,00	69,00	66,00	73,00
ROUGE	Communication	60,00	59,00	61,00	66,00	64,00	69,00
ROUGE	Leadership	61,00	60,00	62,00	70,00	67,00	74,00

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

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

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

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

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

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

## Clientèle hébergement :

Comparaison du degré de conformité aux attentes et aux besoins de la clientèle hébergée du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord à celui observé dans d'autres établissements

Code couleur	Indicateurs	Organisation			Autres établissements du Québec		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	85,00	84,00	86,00	86,00	85,00	88,00
JAUNE	Prestation professionnelle	80,00	78,00	82,00	83,00	81,00	86,00
JAUNE	Organisation des services	79,00	78,00	81,00	83,00	81,00	86,00

## Clientèle CH et CLSC :

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui observé dans des établissements comparables

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 655			Autres établissements du Québec n = 11451		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	86,00	85,00	88,00	89,00	87,00	90,00
ROUGE	Prestation professionnelle	83,00	82,00	84,00	86,00	85,00	88,00
JAUNE	Organisation des services	80,00	79,00	82,00	82,00	79,00	85,00

Annexe A Processus prioritaires

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

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



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

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

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

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

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