

**Agrément Canada  
Conseil québécois d'agrément**

## **Rapport d'agrément**

**Centre de santé et de services sociaux du Coeur-de-l'île**

Montréal, QC

*Dates de la visite d'agrément : 30 novembre au 5 décembre 2014*

*Date de production du rapport : 23 décembre 2014*



**AGRÉMENT CANADA  
ACCREDITATION CANADA**

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

Agréé par l'ISQua



**CONSEIL QUÉBÉCOIS  
D'AGRÉMENT**

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

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

## Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux du Coeur-de-l'île (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 novembre 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



Paul St-Onge  
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	15
<b>2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>17</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>	25
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	27
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>	32
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	33
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	34
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	35
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées</i>	37
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</i>	42
3.2.4 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	46
3.2.5 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	48
3.2.6 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux</i>	49
3.2.7 <i>Ensemble de normes : Services de médecine</i>	54
3.2.8 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire</i>	56
3.2.9 <i>Ensemble de normes : Services de santé mentale</i>	59
3.2.10 <i>Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients</i>	61

3.2.11 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	65
3.2.12 Ensemble de normes : Services de soins intensifs	69
3.2.13 Ensemble de normes : Services des urgences	72
3.2.14 Ensemble de normes : Services transfusionnels	74
3.2.15 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	78
3.2.16 Ensemble de normes : Soins et services à domicile	83
3.2.17 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	87
<b>4.0 Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>89</b>
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	89
4.2 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	93
4.3 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	95
4.4 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)	97
<b>Annexe A Processus prioritaires</b>	<b>99</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 du Coeur-de-l'île (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) met sur la qualité et la sécurité, il participe au programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. Les renseignements contenus dans ce rapport ont été compilés après la visite de l'organisme. Le rapport est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

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

### 1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux du Coeur-de-l'île 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 : 30 novembre au 5 décembre 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 Auclair
- 2 Centre d'hébergement Paul-Gouin
- 3 CLSC de La Petite-Patrie
- 4 CLSC de Villeray
- 5 Hôpital Jean-Talon
- 6 Pavillon Dorion

- **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 Prévention des infections

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

- 4 Normes relatives aux salles d'opération
- 5 Services de chirurgie
- 6 Services de soins intensifs
- 7 Services des urgences
- 8 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 9 Soins et services à domicile
- 10 Soins ambulatoires
- 11 Services de santé communautaire
- 12 Services d'imagerie diagnostique
- 13 Services de soins de longue durée
- 14 Services de médecine
- 15 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 16 Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer
- 17 Services de santé mentale

- 18 Services transfusionnels
- 19 Services de laboratoires biomédicaux
- 20 Gestion des médicaments
- 21 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables

- **Outils**









L'organisme a utilisé les outils suivants :

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



### 1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	84	7	0	91
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	108	2	0	110
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	594	49	29	672
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	181	4	1	186
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	221	18	3	242
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	71	5	2	78
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	856	132	16	1004
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	75	2	0	77
<b>Total</b>	<b>2190</b>	<b>219</b>	<b>51</b>	<b>2460</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 le leadership	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	82 (96,5%)	3 (3,5%)	0	128 (97,7%)	3 (2,3%)	0
Normes sur la gouvernance	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	34 (100,0%)	0 (0,0%)	0	78 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Prévention des infections	46 (95,8%)	2 (4,2%)	5	42 (97,7%)	1 (2,3%)	1	88 (96,7%)	3 (3,3%)	6
Gestion des médicaments	64 (92,8%)	5 (7,2%)	9	56 (90,3%)	6 (9,7%)	2	120 (91,6%)	11 (8,4%)	11
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	20 (52,6%)	18 (47,4%)	0	22 (45,8%)	26 (54,2%)	0	42 (48,8%)	44 (51,2%)	0
Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	44 (100,0%)	0 (0,0%)	2	95 (97,9%)	2 (2,1%)	1	139 (98,6%)	2 (1,4%)	3
Normes relatives aux salles d'opération	68 (100,0%)	0 (0,0%)	1	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0	97 (99,0%)	1 (1,0%)	1
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	34 (97,1%)	1 (2,9%)	5	57 (100,0%)	0 (0,0%)	2	91 (98,9%)	1 (1,1%)	7

# PROGRAMME CONJOINT

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services d'imagerie diagnostique	66 (100,0%)	0 (0,0%)	1	61 (100,0%)	0 (0,0%)	0	127 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Services de chirurgie	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0	64 (98,5%)	1 (1,5%)	0	93 (97,9%)	2 (2,1%)	0
Services de laboratoires biomédicaux	42 (60,9%)	27 (39,1%)	0	64 (66,0%)	33 (34,0%)	1	106 (63,9%)	60 (36,1%)	1
Services de médecine	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	68 (98,6%)	1 (1,4%)	0	95 (99,0%)	1 (1,0%)	0
Services de santé communautaire	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	53 (96,4%)	2 (3,6%)	0	66 (97,1%)	2 (2,9%)	0
Services de santé mentale	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0	120 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	96 (85,7%)	16 (14,3%)	0	114 (87,7%)	16 (12,3%)	0
Services de soins de longue durée	24 (100,0%)	0 (0,0%)	0	65 (90,3%)	7 (9,7%)	0	89 (92,7%)	7 (7,3%)	0
Services de soins intensifs	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	92 (98,9%)	1 (1,1%)	0	122 (99,2%)	1 (0,8%)	0
Services des urgences	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	93 (97,9%)	2 (2,1%)	0	124 (98,4%)	2 (1,6%)	0
Services transfusionnels	54 (90,0%)	6 (10,0%)	11	34 (56,7%)	26 (43,3%)	6	88 (73,3%)	32 (26,7%)	17
Soins ambulatoires	32 (91,4%)	3 (8,6%)	3	59 (79,7%)	15 (20,3%)	1	91 (83,5%)	18 (16,5%)	4
Soins et services à domicile	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	52 (100,0%)	0 (0,0%)	0	92 (100,0%)	0 (0,0%)	0
<b>Total</b>	<b>804 (92,7%)</b>	<b>63 (7,3%)</b>	<b>37</b>	<b>1306 (90,1%)</b>	<b>143 (9,9%)</b>	<b>14</b>	<b>2110 (91,1%)</b>	<b>206 (8,9%)</b>	<b>51</b>

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

### 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Abréviations dangereuses (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	1 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de chirurgie)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine)	Non Conforme	4 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)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
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)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services des urgences)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	1 sur 7	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 (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	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

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 chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de laboratoires biomédicaux)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services 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 ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	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 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)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 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 (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information (Services 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 ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
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



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 (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 ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	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 (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de 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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
<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)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	2 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.**

L'organisme a fait un travail important depuis la dernière visite d'Agrément Canada en 2011. La nomination d'une nouvelle directrice générale et la constitution d'une nouvelle équipe de direction ont contribué à la mise en place d'une nouvelle gouvernance administrative.

L'équipe des cadres supporte le renouveau administratif soit : la cohérence du discours de la direction en regard d'une gestion responsable et transparente axée sur les meilleures pratiques, la performance institutionnelle, l'importance de la gestion de changement et du soutien. Par la mise en place d'une nouvelle structure organisationnelle, un travail portant sur la réduction du taux d'encadrement et le plan de réduction budgétaire sont des faits marquants démontrant la volonté et la capacité de l'organisation de mener de front plusieurs projets de réorganisation.

Le plan de mobilisation des équipes et les stratégies déployées pour rendre accessibles les principes de l'agrément, à toutes les catégories d'employés, sont éloquentes. L'engagement marqué à tous les niveaux de l'organisation dans la démarche d'agrément en fait foi. Toute l'organisation s'est mobilisée pour assurer la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR). Les équipes sont de plus en plus conscientes de la nécessité d'optimiser l'utilisation des ressources. L'établissement est toutefois encouragé à consolider la culture de la mesure et à soutenir les efforts engagés dans le déploiement de son plan d'amélioration de la qualité. Il importe de mentionner la fierté du personnel et le climat de travail positif dans l'ensemble de l'établissement.

Lors de nos rencontres avec les différents professionnels, ceux-ci ont exprimé leur satisfaction et les avantages concernant les travaux sur la sécurité pour la clientèle et pour les équipes tout en étant un facteur de motivation et de mobilisation.

L'organisme encourage l'innovation dans l'offre de services et les pratiques professionnelles et s'opérationnalise sur le terrain. Tel que démontré par les pratiques exemplaires : Le programme de suivi systématique en arthroplastie et le programme « À la Santé de vos seins » sont des exemples dignes de mention. Il importe de souligner l'approche intégratrice sur le continuum des soins et des services en santé mentale.

Par ailleurs, l'expérience des tableaux d'affichage « Espace amélioration continue » sur certaines unités de soins. Ils permettent aux membres des équipes de participer concrètement à l'amélioration continue de la qualité. De plus, ils favorisent les échanges et la collaboration entre les équipes.

Il faut souligner la créativité, l'implication du personnel et la collaboration des services des communications dans la réalisation du projet des 10 réflexes sécuritaires. Ces affiches se retrouvent dans différents secteurs d'activités.

L'organisme fait également face à plusieurs enjeux et défis, dont la mise à niveau du service des laboratoires de biologie médicale par l'implantation d'un système de gestion de la qualité et la création d'un comité interdisciplinaire pour les analyses de biologie délocalisées (ADBD) et des services transfusionnels.

Le projet de cogestion clinico-administrative, est un moyen d'obtenir l'expertise et la participation active des médecins aux objectifs de l'organisation. À cet effet, les mécanismes de consultation et de décisions des médecins doivent être prévus aux activités courantes de gestion. Également, des activités de formation doivent être prévues pour habiliter les médecins et les gestionnaires à travailler en partenariat.

En vertu des dispositions du Projet de loi (10), loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences, l'organisme serait appelé à un projet de regroupement d'établissements sous une nouvelle gouverne régionale lequel regrouperait sous une seule instance administrative le CSSS du Cœur-de-l'île avec les établissements du Centre Intégré de Santé et de Services sociaux du Nord de l'île ou du Sud-ouest de l'île de la région sociosanitaire 06. La direction aura la lourde tâche de mobiliser les équipes et de maintenir le cap sur l'actualisation des priorités inscrites à la planification stratégique et de tout mettre en œuvre pour poursuivre et actualiser les priorités et le plan d'action établis par le conseil pour l'exercice 2014-2015.

## Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité</b> L'équipe informe et forme les personnes et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins ambulatoires 17.4</li> <li>· Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 17.7</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété. *Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Services de santé mentale 10.6</li> <li>· Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 12.4</li> <li>· Soins et services à domicile 6.8</li> <li>· Services de chirurgie 7.14</li> <li>· Services de soins de longue durée 7.5</li> <li>· Services de médecine 7.6</li> <li>· Services de soins intensifs 7.7</li> <li>· Services des urgences 8.4</li> <li>· Soins ambulatoires 8.4</li> <li>· Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 9.15</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Prévention des plaies de pression</b> L'équipe évalue le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Services de soins de longue durée 8.4</li> </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, justifient la cote attribuée et émettent des commentaires sur chaque processus prioritaire.

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

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

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

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

	Critère à priorité élevée
	Pratique organisationnelle requise
<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.

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

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

Le conseil d'administration est dynamique et connaît bien son rôle lié à la gouvernance. Il est soucieux d'offrir à la population les services requis et adaptés aux besoins. Conjointement avec la direction générale, il a assuré un leadership certain en matière de qualité des soins, des services et de la sécurité de la clientèle.

La mise en place du nouvel organigramme et principalement, la réduction du taux d'encadrement confirme le renouveau administratif soit, la cohérence du discours de la direction en regard d'une gestion responsable et transparente axée sur les meilleures pratiques, le développement professionnel et la gestion rigoureuse des fonds publics axée sur l'efficacité et la performance.

Annuellement, le conseil d'administration procède à son auto-évaluation à l'aide d'un outil normalisé. Tous les membres sont invités à transmettre leurs commentaires sur le fonctionnement du conseil et de ses comités, leur compréhension de leurs rôles et responsabilités, des orientations stratégiques de l'organisme et de leur contribution à titre d'administrateur.

Tous les membres du conseil d'administration ont bénéficié d'une formation sur le rôle et les responsabilités des membres de conseil. À leur entrée en fonction, les nouveaux membres ont bénéficié d'une session d'accueil avec le président et d'une visite des installations. Les membres sont informés de l'évolution du portrait de santé de la population et planifient des capsules de formation aux séances du conseil.

Le conseil d'administration a délégué à des sous-comités, les fonctions liées à la gouvernance, à la vérification et aux finances, aux ressources humaines et la qualité et la sécurité. Le rôle et la composition des comités sont établis par décision du conseil. Tous les comités établissent leurs plans d'action en lien avec le plan d'action annuel de la planification stratégique et les mandats spécifiques confiés pour assurer la gouvernance de l'organisme. Ils rendent compte au conseil d'administration à la suite de chacune de leur réunion.

La documentation transmise au conseil d'administration est pertinente et complète. Elle intègre des éléments de suivi périodique des priorités établies dans la planification stratégique et aux plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité et de la gestion des événements sentinelles et les incidents évités de justesse. Le cas échéant, les membres ont toute l'information nécessaire à la réallocation des ressources ou la préparation des plans de relève.



Le conseil d'administration dispose des politiques et procédures nécessaires à la régie interne de l'organisme. Elles définissent la portée de ses pouvoirs, de ses obligations et/ou de ses responsabilités.

Le bilan des réalisations et activités annuelles du plan stratégique de communication a fait l'objet d'un dépôt et d'une approbation par le comité de direction et fait partie intégrante du rapport annuel de l'établissement. Considérant le caractère stratégique du plan de communication, il est suggéré que le bilan annuel et la planification annuelle des activités de communication soient approuvés par le conseil d'administration.

Un tableau de bord complet, comprenant des indicateurs de suivis cliniques et administratifs, est produit pour le compte du conseil d'administration.

### 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)

Le plan d'organisation et l'organigramme ont été révisés, lequel appuie adéquatement la prestation de services et l'atteinte des objectifs opérationnels. Les directeurs et les cadres ont été nommés et/ou confirmés dans leurs fonctions. Le nouvel organigramme reflète la volonté d'alléger la structure administrative. L'effort de réduction de 20 % des frais administratifs donne la crédibilité à l'équipe de la direction pour amorcer tout autre projet d'optimisation.

L'élaboration des plans opérationnels des directions et services s'établit selon un processus rigoureux qui intègre les priorités identifiées à la planification stratégique et les plans d'action en lien avec le sondage sur la mobilisation.

Depuis sa nomination, la directrice générale a effectué deux tournées de rencontre avec le personnel de l'organisme pour traduire la mission, la vision, les valeurs et les orientations prioritaires de l'organisation. Les observations sur le terrain confirment que cet exercice est apprécié du personnel qui perçoit une gestion de proximité et empreinte de transparence.

De nombreux partenariats sont établis avec les organismes communautaires en complément de l'offre de service de l'organisation pour assurer l'accès aux services tout au long du continuum des soins. Des tables de partenariats sont en place dans tous les programmes de soins et services. L'organisme a par ailleurs réédité une brochure «les services du Centre de Santé et des services sociaux du Cœur-de-l'île» destinée aux partenaires et aux organismes du quartier de La Petite-Patrie et de Villeray afin de faciliter la référence aux services d'en faire connaître les modalités d'accès.

Les relations avec les partenaires sont excellentes. Les partenaires contactés ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard de la collaboration et des relations d'affaires.

Le projet de cogestion médicale est une belle initiative qui vient confirmer la volonté de la direction d'associer les médecins à la prise de décision.

En vertu des dispositions du projet de loi 10, l'organisme serait appelé à un projet de regroupement d'établissement sous une nouvelle gouverne régionale. En conséquence, l'établissement a choisi d'élaborer, pour l'exercice 2014-2015, un plan d'action axé sur les priorités établies dans le cadre de la planification stratégique 2010-2015. Ce plan d'action intègre les priorités organisationnelles en lien avec la planification stratégique, les enjeux cliniques et les objectifs inscrits au programme d'amélioration de la qualité et au programme de gestion intégré des risques. Au cours de l'année 2015, l'organisme recevra les consignes du Ministère de la Santé et des Services sociaux ou de la nouvelle gouverne régionale sur la conduite de tout exercice de planification.

### 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)

Les équipes du CSSS ont une très bonne connaissance des défis et des enjeux reliés à la planification et au contrôle financier. Les principaux secteurs sous-performants sont identifiés et des programmes d'optimisation sont en place.

L'équipe des ressources financières, très dynamique, a adopté les principes de saine gestion financière. La documentation requise à la planification budgétaire et au contrôle périodique des dépenses est pertinente. La clarification du rôle des cadres en regard du respect de l'équilibre financier, la formation et le soutien des gestionnaires aux principes de gestion et de contrôle budgétaire sont des mesures qui ont permis de réaliser la décentralisation de la gestion budgétaire et d'augmenter l'imputabilité des cadres.

Une équipe de travail concernant le volet - performance et amélioration de l'expérience patient - a été mise en place pour encadrer les différentes démarches reliées à l'optimisation de la performance clinique et administrative en lien avec les objectifs organisationnels établis dans le cadre de la planification stratégique. La mise en place de cette équipe est un bel exemple de la cohérence de la direction quant à sa volonté d'orienter les efforts d'améliorer la performance clinique et administrative et assurer l'équilibre financier de l'organisation. Cette équipe dispose d'un impressionnant portefeuille de projets d'optimisation qui fait état de la volonté de revoir et d'améliorer les processus administratifs et cliniques pour améliorer les services à la clientèle. Les décisions sont prises sur la base de critères objectifs et ont permis d'identifier les secteurs d'activités devant faire l'objet d'une démarche d'optimisation dont les gains permettent d'atteindre les objectifs de réduction budgétaire et de réallocation financière.

La documentation financière transmise au conseil d'administration est pertinente et complète. Elle intègre des éléments de suivi périodique des revenus et dépenses, documente les écarts financiers et de volume et identifie les secteurs les plus vulnérables. Le cas échéant, les membres ont toute l'information nécessaire à la réallocation des ressources ou la préparation de plan de relève.

### 3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Normes sur le leadership</b>	
10.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue régulièrement les liens hiérarchiques et l'étendue des responsabilités des cadres.	
10.12 Le personnel d'encadrement de l'organisme mène des entrevues de départ et utilise cette information pour améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'équipe des cadres confirme le renouveau administratif, soit la consolidation des équipes de cadres et la cohérence du discours de la direction générale en regard d'une gestion responsable et transparente axée sur les meilleures pratiques et le développement professionnel.

L'équipe des ressources humaines a redéfini son offre de service et développé des stratégies d'actions transversales en soutien aux unités administratives. Le plan d'action de la direction prend en compte la mise en place de stratégies d'action et de rétention des employés, la gestion efficace des ressources humaines, la fidélisation des ressources et le développement organisationnel. Les membres de l'équipe sont sollicités et impliqués dans tous les projets de réorganisation du travail.

Les interventions pour faire cesser la violence au travail sont pertinentes. Les politiques et procédures ont fait l'objet d'une révision et d'un plan de communication et d'appropriation et sont mieux comprises par le personnel. Le service de santé intervient pour relever les cas de violence et proposer un plan de rétablissement incluant la médiation entre les travailleurs. D'autres intervenants, telles les équipes de relations de travail, sont informés des situations à risques et font le lien avec le service de santé. Il a été observé que dans les événements traitants de relations entre employés, les dossiers étaient adressés et bien gérés par le cadre de premier niveau. La gestion des dossiers plus complexes concernant un patient ou un médecin est cependant toujours une source d'insatisfaction pour les professionnels qui se sentent mal représentés dans un processus long et complexe qui a tendance à judiciariser le processus. Plusieurs situations de harcèlement peuvent donc ne pas être déclarées.

L'organisation est félicitée pour les efforts déployés pour habiliter les cadres à assurer plus de direction dans la gestion des équipes. Cependant la direction est invitée à poursuivre ses efforts d'accompagnements des cadres et d'élaboration de stratégies et d'outils pour faciliter la tâche des gestionnaires qui, pour plusieurs, ont vu leurs tâches de supervision augmenter de façon importante à la suite de la mise en place du nouveau plan d'organisation. Dans plusieurs secteurs, des réunions d'équipe ou des occasions d'échanges avec de petits groupes d'employés se tiennent de plus en plus régulièrement et adressent des sujets liés à la qualité et la gestion des risques, la gestion des activités courantes et la communication d'information générale.

À la suite d'une vaste consultation, l'équipe des ressources humaines a révisé la philosophie et le cadre de référence du plan de développement des compétences. Les objectifs du plan visent maintenant à développer des compétences clefs, soient, la gestion des conflits, la performance et l'affirmation de soi, ce qui répond

aux besoins et attentes formulées par l'équipe de direction. L'organisation est invitée à s'assurer de son implantation dans les délais prévus.

Le programme de formation et perfectionnement s'inscrit dans un processus très bien structuré. La collecte des données s'effectue de façon transparente et collaborative. La tournée des unités administratives effectuée par les conseillères en soins infirmiers et la conseillère en ressources humaines pour effectuer la collecte des besoins de formation et expliquer les paramètres du programme est appréciée du personnel et répond entièrement à une demande mainte fois formulée par les représentants des professionnels de mieux comprendre la méthodologie. Le programme est en soutien. Lors de l'actualisation du plan, la direction des ressources humaines fait le lien avec l'équipe de la liste de rappel pour s'assurer de la disponibilité de main-d'œuvre.

Le programme de relève des cadres a fait l'objet d'une révision en profondeur. La stratégie de confier à des candidats à la relève des mandats d'intérim ou la coordination de projets de réorganisation rencontre adéquatement la philosophie et les objectifs de l'organisme et responsabilise l'équipe de direction sur le plan du développement et du soutien de leurs équipes.

Le comité paritaire en santé et sécurité au travail assume adéquatement ses responsabilités. Il met l'accent sur la standardisation des efforts de prévention et la standardisation des processus en prévention. Une préventionniste en santé et sécurité au travail est en fonction depuis septembre 2014 et siège au comité paritaire. L'équipe a effectué une tournée dans tous les sites de l'organisme pour diffuser et expliquer la politique de déclaration de situations dangereuses et principalement les niveaux de sévérité des situations déclarées pour favoriser la gestion des événements opérationnels soit adressée et gérée dans le cadre des activités régulières des unités administratives.

La relance du programme SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail) est en cours. L'inventaire des risques a été refait et la relance du programme est en cours. Le service des laboratoires cliniques a été ciblé comme secteur prioritaire. Il a été constaté que la liste des produits en stock comportait un certain nombre de produits périmés. L'organisme est invité à accorder une attention particulière à la mise en place de mesures de contrôle et de gestion des inventaires pour assurer la qualité des produits et procéder à la disposition des produits périmés selon les règles prescrites.

L'organisme a mis en place un processus structuré d'accueil des nouveaux employés. Le programme atteint adéquatement les objectifs liés à la communication de la mission, vision, valeurs de l'organisme, la communication d'informations liées à la qualité et la sécurité et l'intégration harmonieuse de l'employé au sein de l'équipe. Des entrevues de départ sont effectuées au départ du personnel. L'équipe est invitée à colliger et communiquer les raisons des départs.

### 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>	
<p>3.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise l'apprentissage à partir des résultats de l'amélioration de la qualité et de la prise de décisions fondées sur la recherche et les données probantes; il favorise également l'expérience des usagers et l'amélioration continue de la qualité.</p>	

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

Le rapport sur le délai de traitement des plaintes (période du 1er avril au 30 novembre 2014) dont l'examen a été conclu selon le délai prescrit fait état d'un taux de 45,46 % des dossiers de plaintes médicales traités hors délai de 45 jours. Bien que ce taux représente une nette amélioration sur la situation de l'année 2013-2014, il faut souligner à l'équipe que plusieurs dossiers ont des délais de traitement de plus de 4 mois. Cette situation peut porter préjudice tant au client et au médecin concerné par la plainte, et retarder l'application de mesures d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Par ailleurs, il a été constaté que l'exécutif du CMDP n'est pas informé des délais de traitement et de la nature des plaintes médicales. Il est recommandé que soient mises en place des modalités d'échanges et de communication du médecin-examineur avec l'exécutif du CMDP, incluant le dépôt des recommandations et le rapport annuel du médecin examineur.

Des analyses prospectives liées à la sécurité des usagers ont été mises en œuvre.

L'équipe est félicitée pour la qualité des outils de communication et les activités réalisées dans le cadre de la préparation à la visite d'agrément.

Beaucoup d'effort a été déployé par l'équipe pour développer et actualiser des programmes de formation liée à la réduction des risques. L'équipe s'est également préoccupée d'élaborer des outils et des stratégies pour s'assurer de l'adhésion des employés à une culture de sécurité et de l'intégration de ces valeurs dans leur processus de travail quotidien.

Le bilan comparatif des médicaments a été mis en œuvre pour la clientèle du service de gériatrie active admise par l'urgence, mais la documentation en appui de la démarche est nettement insuffisante et difficilement accessible dans le logiciel « Gesphar Lite ». Des politiques et procédures doivent prioritairement être rédigées pour préciser les rôles et responsabilités des intervenants concernées par l'utilisation du BCM. Par ailleurs, un plan pour mettre en œuvre le BCM et en assurer le maintien a été rédigé. L'équipe doit également accorder une attention particulière à la mise en place d'outils de mesures pour s'assurer que les objectifs cliniques escomptés du BCM et du plan du déploiement du BCM soient atteints.

La direction rend accessibles des tableaux de bord de gestion des risques. En rendant disponible une information plus précise, les situations à risques sont plus concrètes pour les professionnels et ces derniers sont plus en mesure d'analyser les données et améliorer la sécurité des usagers. La direction doit porter attention à la nécessité de poursuivre ses efforts de soutien aux équipes de cadres pour s'assurer de leur implication dans le processus de communications des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein de leurs équipes.

Une nette amélioration dans le processus de communication et de discussion des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les équipes a été constatée. Différents moyens ont été mis en place dans les équipes pour atteindre cet objectif, comme en font foi les tableaux d'affichage sur certaines unités de soins. Cependant, dans certains services, cette activité n'est pas encore entièrement intégrée à l'agenda des réunions et les cadres étaient à la recherche de moyens pour assumer cette responsabilité.

À l'embauche, les employés participent à une session d'accueil, laquelle prévoit une brève rencontre d'information sur la gestion des risques (15 minutes) avec la conseillère en gestion des risques. Lors d'une journée d'orientation, l'employée rencontre la conseillère en gestion des risques et son supérieur immédiat qui donnent une information complète sur les mécanismes de déclaration des incidents et accidents et les principaux risques identifiés dans son secteur d'activité.

Les principes établis au regard de la déclaration des événements indésirables et des accidents et incident sont bien établis dans la politique et bien intégrés par les professionnels. Dans le cadre des modifications apportées par la refonte du formulaire de déclaration des incidents et accidents (AH-223) les employés ont bénéficié de formation. Toute la documentation en appui de la démarche a été révisée.

L'organisme a réalisé plusieurs analyses rétrospectives liées à la sécurité des usagers. Ces analyses ont fait l'objet d'un dépôt et d'une présentation au comité de vigilance du conseil d'administration. Les plans d'action par secteurs d'activités pour assurer la mise en œuvre des améliorations appropriées ont été élaborés et actualisés.

La politique de gestion intégrée des risques a été élaborée et adoptée en mars dernier. Toute la documentation nécessaire à la cartographie des risques est rédigée. Les trois directions en soutien administratif soit, la Direction des services de soutien technique à la clientèle, la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel et la Direction des ressources financières et des technologies de l'information ont identifié les risques potentiels et les zones de vulnérabilité et complété la démarche. L'organisme est invité à compléter l'exercice afin de procéder à l'élaboration et la mise en œuvre du plan de gestion intégrée des risques et atteindre dans les plus brefs délais, les objectifs de qualité de sécurité et de performance organisationnelle.

Le conseil d'administration fait de la reconnaissance une priorité. Fréquemment, la contribution exceptionnelle d'un employé ou d'un groupe d'employés fait l'objet d'une communication dans le journal interne de l'établissement. Le dîner champêtre (la fête du Cœur) au bénéfice des employés, bénévoles et médecins et la reconnaissance des 25 ans de services et des retraités sont particulièrement appréciés. Enfin, plusieurs bons coups, dont l'obtention de prix de reconnaissance est soulignée dans le journal interne.

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

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

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

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

Un comité d'éthique clinique, très actif, est en place depuis six (6) ans et a atteint sa pleine maturité. Le mandat et les règlements ont fait l'objet d'une approbation par le conseil d'administration. L'équipe fait preuve d'une grande compétence et d'une grande stabilité. Plusieurs réalisations sont à leur actif. Des discussions de cas et des recommandations ont porté sur des sujets éthiques pertinents tels que l'utilisation d'une caméra cachée en hébergement, le respect de la liberté d'un usager ou sa sécurité, le certificat de virginité et autres discussions. Ces dossiers sont traités dans le cadre du respect de la loi et de la culture de l'organisation.

Les membres du comité ont bien surmonté le défi de diffuser des avis et des recommandations et d'accompagner les équipes de professionnels et les prestataires de soins afin qu'ils acquièrent et améliorent leurs connaissances, leurs aptitudes et leurs compétences en matière d'éthique.



### 3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

L'organisme s'est doté d'un plan directeur de communications stratégiques qui identifie des principes directeurs et propose une stratégie de positionnement des communications au sein de l'organisation. Le plan propose annuellement une série d'activités de communications stratégiques et opérationnelles internes et externes. Il est un outil de soutien exceptionnel à l'atteinte des objectifs stratégiques établis dans la planification stratégique de même qu'à l'atteinte des objectifs annuels et des projets d'optimisation établis par l'équipe de direction.

Le plan identifie clairement tous les publics cibles et supporte adéquatement l'équipe de cadres en englobant des activités de relations publiques, d'édition, de communication interne, de relation de presse et de développement des inforoutes.

Les plans de communications stratégiques déployés pour supporter la réalisation du projet de réorganisation des services des centres de prélèvements et le projet de plan d'amélioration de la performance 2013-2014 sont des exemples probants de stratégies de communication qui ont contribué à la réussite des projets.

Tenant compte du caractère stratégique des interventions du service des communications, il est suggéré que le plan annuel de communication fasse l'objet d'une approbation et d'une reddition de compte au conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration pourrait se voir attribuer cette responsabilité.

Il a également été constaté qu'un des principaux groupes cibles, soit les médecins, est totalement absent des stratégies et du plan d'action de la planification annuelle des activités de communication 2014-2015. Tenant compte du rôle et de la contribution de l'équipe médicale de même que du projet de cogestion médicale en élaboration dans l'organisme, il est suggéré d'évaluer la pertinence de développer un feuillet d'information spécifique pour l'équipe médicale. Tant le DSP, les chefs de départements, le président de l'exécutif du CMDP et les cogestionnaires médicaux sont susceptibles de collaborer à la rédaction ou la proposition d'informations de nature cliniques et/ou opérationnelles susceptibles d'intégrer la communauté médicale de l'organisme.

L'organisme met à la disposition du personnel un réseau de communication interne de type « intranet » en soutien à la formation et au développement des compétences du personnel et à l'accès à la documentation et à l'information clinique et administrative. Ce système d'information permet l'accès à la documentation administrative, une panoplie d'activités de formation, la consultation en ligne des protocoles et techniques de soins et fournit la possibilité de transférer différents rapports administratifs par internet et de les compléter et les adresser électroniquement à partir d'un autre poste informatique. Le réseau de communication est bien implanté et apprécié des utilisateurs. L'organisation est invitée à compléter le développement de ce système pour permettre la complétion de documents administratifs directement sur le poste de travail.

L'organisme a délégué au comité qualité de l'information la responsabilité des procédures liées à la saisie et à l'intégralité des données à caractère cliniques et opérationnelles. La désignation d'une autorité

compétente et unique a permis d'augmenter le niveau de fiabilité des données et a contribué directement à mieux documenter les secteurs en écarts de performance et rendre plus crédibles les projets de réorganisation.

---

### 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)

Bien que le personnel d'encadrement du secteur de l'entretien des installations matérielles soit en poste depuis peu de temps, tout est mis en place au CSSS Cœur-de-l'Île, pour assurer la santé et la sécurité des usagers et du personnel.

Les locaux sont propres et bien entretenus dans tous les établissements du CSSS, des contrôles de qualité sont supervisés par l'équipe d'entretien du CSSS Cœur-de-l'Île pour les locaux qui sont loués à l'extérieur des structures du CSSS.

L'équipe aux installations matérielles fait preuve de créativité et d'innovation. Des projets d'aménagement et de réaménagement des lieux physiques tiennent compte du bien-être et de la sécurité des gens (clients et employés) en général. De nombreux moyens sont mis en place pour répondre aux besoins des différentes clientèles. Ainsi, des accès aux escaliers sont sécurisés et empêchent certains patients à mobilité restreinte de les utiliser sans surveillance.

Les systèmes de l'organisme (chauffage, ventilation, climatisation) sont sous le contrôle du personnel chevronné. Un calendrier pour leur entretien préventif est respecté avec rigueur. Des mécanismes et des systèmes d'appoint sont installés pour contrer l'impact des défaillances ou les pannes des services publics sur la clientèle.

L'organisation est sensible à son impact sur l'environnement et en tient compte dans ses activités quotidiennes : récupération de papier, plastiques, verre, métal, fluorescent, ampoules, piles, matières dangereuses, compostage et autres activités. Des partenariats avec Equiterre et d'autres partenaires «verts» sont développés.

Des projets verts en vue d'économiser l'énergie et d'aider l'environnement.

Le personnel d'encadrement déploie tous les efforts afin de protéger la santé et la sécurité des usagers et du personnel pendant les projets de rénovations ou de construction et en limite les conséquences sur la prestation des services.

Tous les critères de ce processus ont été rencontrés.

### 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.

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

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

L'organisme possède un plan des mesures d'urgence et un plan de sécurité des plus complets. Tous les volets sont bien intégrés et supportés par un plan de communication très efficace. Les liens avec les différents partenaires sont bien encadrés dans les plans.

À chaque événement une analyse approfondie est réalisée et au besoin des formations sont dispensées. Les différents «CODES» sont tous abordés selon l'angle de la gestion des risques.

Le personnel est au fait du plan des mesures d'urgence et se dit prêt à toute éventualité, et ce dans toutes les installations du CSSS.

En octobre dernier l'organisme a participé, avec deux autres établissements de la région, à une simulation du « CODE ORANGE ». L'ampleur de cet exercice a permis à l'organisme d'évaluer ses façons de faire et de rectifier le tir sur certains points mineurs. La performance de l'organisme a créé un sentiment de fierté dans l'organisation auprès des employés. De plus, c'est tout le réseau qui pourra bénéficier de cette expérience puisqu'une vidéo est en cours d'élaboration.

### 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)

L'organisme et ses différentes équipes connaissent bien leur mission et leurs capacités et ils répondent de façon exemplaire à la demande de services. Le cheminement des patients est fluide. Les clientèles de l'urgence, des soins intensifs et de la chirurgie/bloc opératoire ont accès aux services dans les délais prescrits par les guides de pratique clinique.

Les communications et la coordination entre les équipes cliniques et les équipes de soutien sont conviviales et efficaces.

Les protocoles d'engorgement et de pics d'utilisation sont bien suivis et les problèmes sont résolus avant de dégénérer en crises.

Le système facilite le continuum de soins. L'organisme et ses équipes méritent des félicitations pour la qualité de leur système de gestion des attentes et délais dans la prestation des services de soins aigus.

### 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>	
6.3 Le dossier permet aux membres de l'équipe de faire le suivi de chaque article ou appareil qui se rattache à une stérilisation ou à un cycle de stérilisation.	!

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

Les gestionnaires et le personnel ont le souci de la qualité. Des projets d'amélioration sont en place pour offrir des services de qualité. Le secteur de la stérilisation est composé d'une équipe de travail dynamique dont la complicité est perceptible. Les différentes étapes de stérilisation sont conformes et les tests biologiques et chimiques sont faits selon les recommandations de l'organisme. L'information est consignée et accessible en cas de problématiques et/ou les tests de stérilisation ne seraient pas valides. L'équipe consigne l'information requise, mais il n'est pas possible de la relier à un patient en particulier pour assurer la traçabilité. Le matériel est identifié avec des codes de couleur pour un repérage rapide. Certaines politiques sont en cours d'élaboration, dont celles sur les rappels. Il est proposé à l'organisme de poursuivre ses efforts d'amélioration pour l'élaboration des politiques. De plus, il serait pertinent de faire l'acquisition d'un système assurant la traçabilité.

Le personnel et l'équipe de la stérilisation sont impliqués dans un processus d'amélioration du secteur par la démarche LEAN. L'implication du personnel est à souligner. Le personnel est compétent et soucieux de la qualité des services offerts. Leur priorité est d'offrir des soins de qualité au patient. Ils anticipent le travail dans leur planification de leur journée. Ils utilisent le matériel de protection individuelle selon les zones de travail. La majorité du personnel a reçu la formation du Collège St-Laurent en ce qui a trait aux procédures de stérilisation.

À la stérilisation, les locaux sont propres et les zones stériles sont séparées des zones contaminées. Le respect des différentes zones est rigoureux. Tout le matériel est emballé selon les normes et transporté dans des contenants fermés aux différents points de service. Les indicateurs sont apposés sur les différents plateaux et les échéanciers sont vérifiés au moins une fois par mois. Le matériel propre est acheminé au bloc opératoire par des ascenseurs communs qui sont également utilisés pour le patient. Il est proposé à l'équipe de trouver des stratégies pour éviter ce croisement. Le matériel souillé en provenance des unités de soins est transporté dans des contenants avec couvercle.

Les documents de référence pour la préparation des plateaux sont très visuels. Tout l'appareillage est photographié et mis sur support informatique. Il n'y a pas d'utilisation de flash.

Une politique d'achat pour les équipements est disponible. À partir de l'identification des besoins en regard des équipements, un plan triennal est élaboré et approuvé par le conseil d'administration. De plus, il faut noter le programme d'entretien préventif des équipements médicaux. L'application est facile d'utilisation et est riche d'informations. La philosophie du secteur repose sur des actions de prévention. Les alertes médicales sont suivies rapidement. Les contrats de service sont disponibles et un suivi est fait régulièrement.

### 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.

#### Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

- 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.

#### Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

#### Compétences

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

#### Épisode de soins

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

#### Aide à la décision

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

#### Impact sur les résultats

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

#### Dons d'organes et de tissus

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

#### Gestion des médicaments

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

#### Prévention des infections

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

#### Interventions chirurgicales

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

## Services de diagnostic - Imagerie

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

## Services de diagnostic - Laboratoire

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

## Services transfusionnels

- Services transfusionnels

### 3.2.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
1.1 Le comité interdisciplinaire dispose de rôles et de responsabilités bien définis pour la gestion des médicaments, qui sont conformes aux lois et aux règlements applicables.	!
1.3 Le comité interdisciplinaire évalue régulièrement ses rôles et ses responsabilités, et apporte des améliorations au besoin.	
2.4 Le comité interdisciplinaire établit des procédures pour chaque étape du processus de gestion des médicaments.	!
17.4 Les médicaments oraux à dose unique demeurent dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'à leur d'administration.	!
21.1 Les prestataires de services offrent aux usagers et aux familles de l'information sur leurs médicaments avant l'administration de la dose initiale et lorsque la dose est ajustée; ils s'assurent aussi de consigner cette information.	!
22.1 L'organisme dispose d'un processus pour déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
22.2 L'organisme dispose de critères pour déterminer quels usagers peuvent procéder à l'auto-administration de médicaments.	
22.3 L'organisme dispose d'un processus pour entreposer les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes.	
22.4 L'organisme fournit de l'information aux usagers qui procèdent à l'auto-administration de médicaments et les supervise.	
22.5 Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'usager le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	



- 23.3 Les prestataires de services ont recours à un processus indépendant de double vérification avant d'administrer les médicaments de niveau d'alerte élevé à l'endroit où sont offerts les soins.



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

##### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'équipe de gestion de médicaments est dynamique et soucieuse du travail bien fait. Plusieurs politiques et procédures ont vu le jour dans les derniers mois ou sont encore à titre de projet. Un comité pharmacologique (interdisciplinaire) est en place avec des représentants des directions cliniques. L'équipe est encouragée à élaborer les rôles et responsabilités des membres du comité interdisciplinaire. Un comité pharmaconursing est en place et permet d'améliorer les problématiques en lien avec la pharmacie et les soins infirmiers.

La pharmacie vient de déménager dans ses nouveaux locaux. Le nouveau local répond aux standards. Toute la chimiothérapie est préparée selon les standards et la de double vérification est faite de façon visuelle. La clientèle est informée de la chimiothérapie par les pharmaciens sur place en oncologie ambulatoire. Le processus de préparation et de distribution des médicaments est respecté. Les membres du comité d'antibiogouvernance font un suivi serré des patients avec antibiotiques et font des recommandations. Chaque membre du personnel connaît son rôle et ses responsabilités. Les pharmaciens ont un rôle clinique important et ont une belle complicité avec les équipes de soins et médicales. Les pharmaciens n'hésitent pas à donner de la formation à la clientèle, aux médecins et au personnel infirmier et participent aux rencontres interdisciplinaires. Les assistants techniques en pharmacie ont une formation professionnelle. Un travail de collaboration est noté entre les pharmaciens et les aides-techniciens en pharmacie.

Les ordonnances respectent les standards et sont traitées selon les critères émis par le comité de pharmacologie. Une priorité est accordée aux prescriptions stat et aux unités de soins critiques. La livraison de la médication est faite par la pharmacie aux unités de soins. Depuis moins d'un an, la distribution des médicaments est faite aux centres d'hébergement. Après quelques mois d'utilisation, le personnel se dit satisfait et y voit les avantages pour assurer la sécurité de leurs résidents. Les équipes de soins disposent de chariots pour faire la distribution de médicaments. Ceux-ci sont barrés et le personnel doit s'identifier pour y accéder. Il est observé que le personnel infirmier ne fait pas toujours sa double vérification. Dans certains cas, il prépare les médicaments pour deux patients à la fois et ouvre les sachets dans le corridor. L'équipe doit revoir la procédure de distribution des médicaments afin d'assurer le respect du processus. Le personnel infirmier fait la double vérification lors de l'administration de la médication à haut risque. Il informe les patients de la médication administrée. Le contrôle des narcotiques respecte les normes.

Il a des critères d'utilisation pour les pompes à perfusion. Il serait pertinent que l'équipe révise ces critères pour l'utilisation des pompes à perfusions afin d'harmoniser les pratiques, car ils datent de 2007. L'équipe n'encourage pas l'auto-administration des médicaments dans un processus visant l'autonomie. Il serait intéressant d'identifier certaines clientèles susceptibles d'être autonomes dans sa prise en charge de leur médication.

En ce qui a trait au suivi des événements indésirables liés aux médicaments, les personnes rencontrées connaissent le profil des erreurs les plus souvent rencontrées. Un pharmacien siège au comité de gestion des risques de l'organisme.

Le bilan comparatif des médicaments est en cours d'implantation. Pour l'équipe, c'est un défi de tous les jours. Une réflexion organisationnelle est à faire sur l'implication de l'équipe de soins afin de s'assurer du respect de la norme, et ce dans l'intérêt et la sécurité de la clientèle.

### 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.	
1.5 Lorsqu'un organisme ne dispose pas d'un laboratoire de biologie médicale, il dresse un contrat en bonne et due forme avec un laboratoire de biologie médicale agréé externe pour définir l'étendue des services d'ADBD et pour assurer la qualité.	
1.6 L'organisme revoit le contrat établi avec le laboratoire de biologie médicale externe une fois par année ou selon les modalités stipulées au contrat.	
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.	
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.	
4.3	Chaque PON contient l'objectif et les limites de l'analyse, les instructions étape par étape sur la façon d'effectuer l'analyse et d'utiliser les appareils nécessaires de manière adéquate, les valeurs de référence des résultats, y compris les valeurs critiques, les critères concernant l'acceptation ou le rejet des échantillons, les procédures de contrôle de qualité ainsi que les références documentaires.	
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.	
4.8	L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client.	
5.7	L'organisme contrôle l'utilisation des appareils d'ADBD en assignant à chaque professionnel de la santé un numéro d'identification unique.	!
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.	
6.1	L'organisme conserve un inventaire précis et à jour des réactifs et du matériel servant aux ADBD.	!
6.2	L'organisme désigne une personne qui est responsable de la gestion de l'inventaire des réactifs et du matériel servant aux ADBD.	
6.3	L'organisme suit une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ADBD.	!
6.4	L'organisme vérifie périodiquement que les réactifs utilisés pour les ADBD sont en bon état et non périmés. Référence la CSA : 22870:07, 5.3.2.	!
6.5	L'organisme retire sans tarder de l'inventaire les réactifs et le matériel d'ADBD inappropriés, périmés ou détériorés, ainsi que ceux qui ne correspondent pas aux critères de qualité et les met au rebut.	!
6.6	L'organisme utilise un processus standard et uniforme pour étiqueter les réactifs et le matériel.	!

7.1	Celui qui effectue une ADBD doit recevoir une requête écrite ou électronique d'un clinicien pour chaque ADBD.	!
7.2	Avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD vérifie que le clinicien s'est conformé à la marche à suivre pour demander une ADBD.	!
7.3	Lorsque l'organisme reçoit une requête verbale pour une ADBD, il dispose d'une PON pour répondre au clinicien et demander qu'il fasse parvenir une requête écrite ou électronique.	!
7.4	L'organisme utilise une requête écrite standardisée pour les ADBD qui lui permet de recueillir toute l'information nécessaire au sujet du client, des échantillons et des analyses demandées.	!
8.3	Avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD étiquette correctement, en présence du client, la requête et les échantillons avec les mêmes renseignements (nom de famille et prénom, date de naissance et sexe, numéro de dossier ou numéro d'assurance maladie) pour pouvoir retracer le client et l'échantillon.	!
8.10	Celui qui effectue une ADBD consigne sur la requête la date et l'heure de l'analyse, son nom, et les résultats de l'analyse.	!
8.12	Advenant que les échantillons soient perdus ou endommagés, l'organisme signale l'incident à la personne ou aux personnes appropriées, tel que précisé dans la PON.	!
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.	
9.4	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.	!
9.6	Celui qui effectue une ADBD remplit un rapport exhaustif et précis pour chaque ADBD qu'il effectue; le rapport se distingue des notes cliniques présentées dans le dossier du client.	
9.8	Lorsqu'il remplit le rapport d'une ADBD qui sera déposé dans le dossier du client, celui qui effectue une ADBD indique clairement que les résultats découlent d'une ADBD.	
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.	
10.6	Celui qui effectue une ADBD recueille et consigne les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.	!
10.7	Celui qui effectue une ADBD consigne les données sur le contrôle de qualité des ADBD dans un registre quotidien.	!
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

Le programme de supervision des ADBD (analyses de biologie délocalisées) ne couvre pas l'ensemble des ADBD réalisées dans l'organisme. L'équipe du laboratoire est invitée à faire l'inventaire des analyses de tous les points de service afin de s'assurer que chacune des analyses respectent tous les points de la norme.

L'utilisation des glucomètres et des coagucheck est bien structurée, et la supervision du biochimiste assure la qualité de ces analyses.

Il existe une problématique importante en ce qui a trait aux glucomètres « Stat Strip », bien que cette situation soit bien gérée, elle n'en demeure pas moins préoccupante et elle mobilise des ressources afin de maintenir un niveau de qualité.

En regard de l'encadrement et la supervision, les mécanismes ne sont pas en place. Les rôles et responsabilités des différents intervenants dans tout le processus ne sont définis, il y aurait lieu de préciser les responsabilités du laboratoire et celles dévolues aux autres intervenants incluant le GBM et l'approvisionnement.

L'organisme est encouragé à mettre sur pied un comité interdisciplinaire afin que chaque intervenant impliqué puisse bien comprendre les exigences de la norme. En effet, comme celle-ci est transversale, toutes les responsabilités ne sont pas dévolues seulement au laboratoire, en outre, le processus d'évaluation.


Une évaluation du personnel est faite à la suite de la formation initiale pour certaines des ADBD, et consignée au dossier. Un mécanisme d'évaluation annuelle du rendement et des compétences est à mettre en place.

Le programme de contrôle externe ne couvre pas l'ensemble des ADBD.

Le laboratoire doit se doter d'un système de gestion de la qualité, documenter les non-conformités, faire le suivi d'indicateurs qualité afin d'alimenter le comité interdisciplinaire dans ses prises de décision. L'instauration d'un programme de formation continue et d'évaluation des compétences pourra venir soutenir les activités de maintien et d'amélioration continue de la qualité.

La mise en place d'un programme complet nécessitera des efforts soutenus et l'implication de toutes les directions touchées par l'exécution des ADBD afin de mener ce projet à terme et s'assurer de la fiabilité et de la justesse des analyses réalisées au chevet de l'utilisateur dans tous les points de service de l'organisme.

3.2.3 Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</b>	
9.13 L'équipe dispose d'un processus pour traiter les demandes des clients qui veulent apporter leurs propres médicaments et se les faire administrer.	
<p>9.15 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p> <p>*Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p> <p>9.15.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, l'organisme précise à quelle fréquence il faut répéter le bilan comparatif des médicaments et il consigne cette information.</p> <p>9.15.3 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille et le soignant (selon le cas) et le consigne par écrit au dossier de l'usager.</p> <p>9.15.4 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, l'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) à la liste actuelle de médicaments; elle décèle et consigne tout écart entre les deux sources d'information. Cela se fait à la fréquence établie par l'organisme dans sa documentation.</p> <p>9.15.5 L'équipe collabore avec l'usager pour résoudre tout écart entre les sources d'information OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.</p> <p>9.15.6 Quand les écarts sont réglés, l'équipe met la liste de médicaments à jour et la conserve dans le dossier de l'usager.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>

9.15.7	L'équipe remet à l'utilisateur et au prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) la liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	<b>PRINCIPAL</b>
16.5	Après le transfert d'un client, l'équipe dispose d'un processus pour évaluer régulièrement l'efficacité du transfert, et elle utilise les renseignements qui découlent de cette évaluation pour améliorer la planification des transferts.	

**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 : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

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

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

**Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer**

La dignité, le respect des différences et l'empathie sont des valeurs qui guident le quotidien des membres de l'équipe et correspondent avec celles de l'organisation.

La qualité, la sécurité des soins et des services et le bien-être de la clientèle sont au cœur du travail des professionnels.

Chaque personne atteinte de cancer et recevant une thérapie systémique est attitrée à une infirmière pour la durée de son traitement. Cette infirmière demeure disponible pour répondre aux besoins et demandes de sa clientèle durant la période de son traitement. Une approche de soins, très appréciée de la clientèle, qui qualifie le personnel des services ambulatoires d'humanistes et de personnes passionnées.

Le personnel affiche une fierté de travailler CSSS Cœur-de-l'Île. Il a lieu de mentionner l'efficacité du travail de cogestion clinique en amont par l'infirmière pivot et le chirurgien oncologue, n'ayant comme résultat aucune liste d'attente et aucun délai pour la consultation au niveau de ce secteur d'activité. Le chirurgien



oncologue assure la garde 24 heures sur 24. Pour répondre aux besoins de la clientèle, en dehors des heures d'ouverture du service, une entente de services est assurée par les autres secteurs d'activités du CSSS, comme l'urgence par exemple.

Chaque patient a son plan de traitement ainsi que son PTI, celui-ci est révisé au besoin, les informations sont transmises aux intervenants et partenaires impliqués.

L'équipe des services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer a commencé à établir l'optimisation des processus pour le cancer du sein en établissant la cartographie de la trajectoire de soins et services de celui-ci.

Plusieurs outils d'information simples et conviviaux sont en place et disponibles pour la clientèle.

Actuellement, une formation se donne sur le formulaire d'administration des médicaments (FADM). Ensuite, il est prévu, dans le plan d'action, d'implanter le bilan comparatif des médicaments dans ce secteur d'activité.

### Processus prioritaire : Direction clinique

Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer ont emménagé dans de nouveaux locaux en juin 2012. Le personnel mentionne l'impact positif de ce déménagement autant pour la clientèle que pour le personnel exerçant dans ce secteur d'activité. Un magnifique environnement de travail reposant et très éclairé, point fort positif mentionné par les patients rencontrés. Ces locaux assurent la sécurité et le confort pour la clientèle.

L'équipe travaille en collaboration avec ses partenaires dans le but d'améliorer l'efficacité de ses services. Les stagiaires et les bénévoles sont bien intégrés dans l'équipe. De plus, les rôles et les responsabilités sont bien définis.

### Processus prioritaire : Compétences

Il y a lieu de souligner le mode de travail interdisciplinaire. La présence de personnes d'une grande compétence, tant au niveau des connaissances que du savoir-faire et du savoir être, est notée. L'interdisciplinarité et la communication sont favorisées dans les équipes rencontrées et cela facilite la coordination des services offerts dans les services offerts contre le cancer. Plusieurs professionnels, notamment l'infirmière pivot, offrent du soutien aux membres de l'équipe.

L'équipe est composée d'un chirurgien oncologue, d'une hémato-oncologue, d'une gestionnaire clinico-administrative, d'un radio-oncologue (CHUM-CH Notre-Dame), d'une infirmière pivot, des infirmières cliniciennes expérimentées, d'un pharmacien, d'une nutritionniste, d'un physiothérapeute, d'une travailleuse sociale et d'une secrétaire médicale. Les membres de l'équipe peuvent s'exprimer librement, présenter et discuter des cas cliniques, et ce, une fois par semaine. Le pharmacien a été intégré à l'équipe récemment.

Le milieu de travail favorise le fonctionnement en l'équipe. Les rôles et les responsabilités sont clairement définis, ce qui supporte l'apport des divers intervenants impliqués dans le continuum de services.

L'enseignement concernant la médication, les effets secondaires et les conseils pour le retour à la maison sont donnés par le pharmacien. Du côté nutrition, les services sont dispensés par la nutritionniste, et ce, pour tout nouveau patient admis aux services ambulatoires contre le cancer. Une participation active, du patient et sa famille, au niveau de l'enseignement a été notée.

Les personnes rencontrées mentionnent recevoir diverses formations ou du perfectionnement sur des sujets en lien avec la prestation des services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer (entretien des accès vasculaires, des sites de perfusion, pompes à perfusion). De plus, la gestionnaire du secteur est soucieuse du respect sur l'équité de la formation auprès de son personnel. À la suite des formations, les connaissances sont partagées entre les membres de l'équipe.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Une procédure existe en cas de déversement de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer et elle est connue de tous.

Les membres de l'équipe utilisent les lignes directrices et les données probantes relatives à la prestation de services contre le cancer.

En octobre 2013, le secteur a réalisé la mise sur pied d'une clinique de prévention pour le cancer du sein, une réalisation qui fait la fierté de l'équipe.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est encouragée à identifier des indicateurs d'impacts pour mesurer et évaluer la qualité des services et le soutien qu'elle offre à la clientèle. En 2014, l'équipe a décidé de réviser le questionnaire de sondage remis à sa clientèle. En attendant d'utiliser ce sondage, une boîte à suggestions a été mise à la disponibilité de la clientèle.

### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'équipe suit étroitement les données probantes et les lignes directrices en ce qui a trait à la gestion des médicaments dans ce secteur d'activités. Tout le personnel a été formé concernant la manipulation des médicaments. S'il arrive un déversement, le personnel utilise une trousse prévue à cet effet.

### 3.2.4 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.	
7.3 L'information donnée aux clients et aux familles est consignée dans le dossier du client.	!
8.2 L'organisme entrepose et manipule le linge, les fournitures, les appareils et l'équipement de manière à les protéger de la contamination.	!

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

**Processus prioritaire : Prévention des infections**

La prévention des infections a un comité bien structuré qui relève directement de la direction des soins infirmiers et de santé physique. Les rapports annuels et mensuels sont bien étoffés et donnent les statistiques pertinentes sur le suivi en matière de prévention des infections. L'équipe tient à instaurer une culture de prévention des infections dans l'organisme. Les actions sont connues et prises immédiatement en cas de symptômes apparents ou suspectés par le personnel infirmier. La fierté de l'équipe repose sur l'engagement du personnel et la présence de la prévention des infections sur le terrain.

L'équipe a à cœur le dépistage des bactéries multirésistantes et se fait un devoir de l'appliquer selon les normes. En cas d'écllosion, les actions sont prises pour limiter les risques de contamination. Des chambres individuelles sont disponibles pour les isolements. Cependant, beaucoup de temps est consacré à la recherche d'informations dans les dossiers. L'équipe est encouragée à vérifier sur le marché l'achat de logiciel pour le suivi des infections dans l'organisme. L'équipe sauverait du temps qui pourrait être utilisé pour de la formation clinique auprès du personnel soignant en lien avec la prévention des infections.

L'équipe tient compte des données probantes pour améliorer la qualité et le comité de prévention des infections fait les recommandations en fonction de ces normes. L'équipe fait une analyse approfondie pour identifier les problématiques et faire des recommandations, notons particulièrement le plan d'action sur les bactériémies d'origine urinaire.

Les unités de soins sont propres. Cependant, on constate que le matériel souillé et propre cohabite sur certaines unités de soins. Dans différents secteurs, il est remarqué que sur une armoire on y retrouve le souillé et sur l'autre, le propre. L'équipe est encouragée à poursuivre ses travaux d'aménagement pour séparer ces deux secteurs.

L'équipe fait le suivi des taux d'infections. Il faut noter une diminution significative des infections nosocomiales à Clostridium difficile pour l'année en cours. Des audits annuels sont faits sur la conformité au lavage des mains. Les résultats sont diffusés au personnel. L'équipe est encouragée à augmenter le nombre d'audits afin de maintenir un certain momentum avec le personnel. La stratégie de décerner des prix pour les mains d'or, d'argent et de bronze a un effet mobilisateur sur les unités. De plus, la formation simulée

avec un mannequin est une stratégie novatrice pour former le personnel. Malgré le fait que certaines unités ont des taux de conformité intéressants, il a été constaté que plusieurs employés ne respectent pas les quatre moments. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts.

Le personnel est formé sur la prévention des infections lors de son orientation et au besoin. Par contre, les documents de référence sont peu disponibles ou en cours d'élaboration.

L'hygiène et salubrité est un service essentiel qui vise à donner des services pour assurer la sécurité des usagers en matière de prévention. Différents moyens sont mis en place pour aider les intervenants à donner un service hors pair. Le personnel se dit bien informé et connaît les procédures. Des feuilles de route sont disponibles pour le personnel. Le service régulier d'entretien se fait avec des chariots. Cependant, il est observé que la désinfection en trois étapes est commencée alors qu'il y a encore du matériel souillé dans la chambre. Il aurait lieu de revoir à la hausse le nombre de distributeurs à lavage des mains dans le secteur d'hébergement et lors des éclosions. Le dossier des zones grises est en voie de réalisation. Des discussions franches et collaboratives ont lieu entre différents intervenants, dont les syndicats, pour établir les rôles et responsabilités. L'équipe est encouragée à poursuivre leurs travaux et à élaborer un guide de référence.

En général, le processus de nettoyage et de désinfection des scopes respecte les normes du fabricant et les étapes sont respectées. Les différents tests biologiques et chimiques sont faits en temps opportun. Chaque intervention est consignée avec le numéro de scope, de l'identité de la personne. Par contre, le tout est consigné manuellement. L'équipe est encouragée à informatiser ces données.

Un suivi serré des éclosions est fait par l'équipe de PCI (prévention et contrôle des infections) en collaboration avec les gestionnaires concernés.

### 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>	
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 : Services de diagnostic - Imagerie</b>	
<p>L'équipe du service d'imagerie diagnostique est composée de professionnels qui appliquent avec rigueur les exigences requises au bon fonctionnement de ce service. Toujours à l'écoute de sa clientèle, les responsables ajustent les plages horaires de ce service s'ils constatent une augmentation de la demande des services.</p> <p>Les locaux de ce service sont propres et répondent aux exigences requises pour les besoins de sa clientèle.</p> <p>Des travaux d'améliorations sont prévus dans le secteur des échographies. Les autorités en place en profiteront pour revoir les bancs de travail de retraitement des instruments utilisés pour les biopsies et les sondes endo-vaginales.</p> <p>Au secteur de la médecine nucléaire, un aide-chef s'assure du bon fonctionnement et du respect des règles. Un suivi rigoureux de la gestion des déchets radioactifs est en place. Les résultats des demandes d'exams sont acheminés en un très court délai aux médecins prescripteurs.</p> <p>Il n'y a pas de listes d'attente pour l'ensemble de ce secteur. Un processus pour la prise en charge des demandes d'analyses a été développé selon les besoins propres à la clientèle de l'hôpital et s'avère très efficace.</p> <p>La gestion du « PACS » est sous bonne garde. L'expertise développée par le principal responsable permet d'exploiter à fond cet outil et de personnaliser son utilisation selon les besoins de l'équipe en place. La traçabilité de chaque intervention est assurée et un système de communication à même cet outil, il permet à toute l'équipe de recevoir des informations et de donner une rétroaction.</p>	

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>	
1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille des données sur les niveaux d'utilisation des services de laboratoire et les temps d'attente pour accéder à ceux-ci.	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services de laboratoire.	
1.3 L'équipe se réunit au moins tous les deux ans pour passer en revue l'information recueillie auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
2.2 L'équipe vérifie qu'elle est en mesure de répondre aux exigences stipulées dans l'entente.	
2.3 L'équipe revoit au moins tous les deux ans ses ententes avec les utilisateurs de laboratoire pour confirmer qu'ils continuent de répondre aux exigences, et elle consigne l'information qui découle de ces revues.	!
2.4 L'équipe tient des dossiers à jour pour toutes les ententes, ce qui inclut tout changement pertinent effectué pour se conformer aux règlements applicables.	
3.2 L'équipe évalue régulièrement ses ententes avec les laboratoires sous-traitants et les consultants de l'externe pour s'assurer qu'ils répondent aux exigences et elle consigne les résultats.	
5.2 L'équipe définit les responsabilités et les qualifications requises par chaque membre à l'intérieur des descriptions de poste.	
5.3 L'équipe recrute des membres en fonction des qualifications requises qui sont précisées dans les profils de poste.	
5.4 On compte un nombre suffisant de membres qualifiés au sein de l'équipe qui peuvent offrir le niveau de services de laboratoire requis, mener à bien les activités quotidiennes et voir à toutes autres responsabilités.	
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.	
6.6	L'équipe a accès à de la formation continue et du perfectionnement professionnel liés aux services de laboratoire.	
7.1	L'organisme limite l'accès aux secteurs du laboratoire aux membres autorisés de l'équipe.	!
8.1	Le laboratoire s'assure de la propreté et du bon entretien de tous les espaces de travail.	!
8.2	La disposition des locaux dans le laboratoire prévient la contamination croisée par la séparation de certaines activités incompatibles.	!
8.3	La conception et la disposition des locaux permettent de laver, de nettoyer et de désinfecter aisément les aires de travail, l'équipement, les planchers et les murs.	!
8.5	L'équipe s'assure de ramasser, confiner et éliminer tous les déchets de façon sécuritaire conformément aux exigences pertinentes.	!
9.3	L'équipe détecte et déclare les problèmes d'ordre environnemental liés au laboratoire.	
9.6	L'équipe vérifie si l'équipement de secours est disponible, en état de fonctionnement et lié au système de sécurité de l'organisme, et elle consigne ces renseignements.	
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.	!
10.5	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.	
11.5	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.	
12.5	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.	!

14.2	L'équipe nettoie et désinfecte régulièrement l'équipement, et elle le protège lorsqu'il n'est pas utilisé.	
14.4	L'équipe retire l'équipement qui est endommagé ou en mauvais état, appose une étiquette qui indique que l'équipement est défectueux et précise la nature du problème et les mesures à prendre.	
15.3	Dans le cas des fournitures, des réactifs et des milieux de culture achetés, l'équipe valide les contrôles de qualité qui ont été effectués par le fabricant.	
15.4	L'équipe suit un modèle standard pour étiqueter les fournitures, réactifs et milieux de culture conformément au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	
15.5	L'équipe n'utilise pas de fournitures, de réactifs et de milieux de culture inappropriés, détériorés et non conformes aux normes.	
15.6	L'équipe suit une politique concernant l'utilisation de réactifs périmés uniquement dans des circonstances exceptionnelles, laquelle exige de confirmer qu'ils sont toujours aptes à être utilisés.	
16.1	L'équipe suit des PON pour la préparation des fournitures, des réactifs ou des milieux de culture.	!
16.4	L'équipe utilise de l'eau extrapure pour préparer les fournitures, les réactifs ou les milieux de culture, tel que stipulé dans la PON.	
17.1	L'équipe suit des PON pour le retraitement et la stérilisation qui sont conformes aux lois et aux règlements applicables.	!
17.2	L'équipe lave et rince la verrerie et les instruments de plastique non jetables avec un détergent non toxique et de l'eau extrapure, lorsque la PON le stipule.	
17.3	L'équipe vérifie régulièrement la qualité de l'eau pour veiller à ce qu'elle corresponde aux instructions du fabricant et l'analyse dès que des problèmes surviennent.	
20.1	L'équipe suit les PON pour le transport sécuritaire et confidentiel des échantillons reçus au laboratoire et de ceux qu'il achemine, conformément aux lois et règlements applicables.	!
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.	!
21.2	L'équipe utilise seulement les procédures qui ont été validées en vue de leur utilisation.	
22.4	L'équipe élimine les échantillons de façon sécuritaire et en se conformant aux règlements applicables en matière de gestion des déchets lorsqu'il n'est plus nécessaire de les conserver pour des fins d'analyse.	!
23.8	L'équipe dispose d'une politique pour divulguer les résultats des analyses.	



24.1	L'équipe dispose d'un manuel de politiques et de procédures portant sur l'utilisation du SIL et de ses applications, lequel est mis en tout temps à la disposition de tous les membres de l'équipe. Le manuel est mis à jour régulièrement pour s'assurer qu'il est complet et qu'il contient des données exactes.	
26.1	Dans l'équipe, une personne est chargée de la sécurité; elle élabore et maintient le programme de sécurité en laboratoire, et en assure la surveillance.	
26.3	Le programme de sécurité comprend des programmes d'orientation et de formation ainsi que des programmes d'évaluation.	!
26.4	Le programme de sécurité comprend un manuel de sécurité mis à la disposition de tous les membres de l'équipe en tout temps.	!
26.5	L'équipe évalue régulièrement la conformité au programme de sécurité et apporte les changements qui s'imposent.	!
27.1	L'équipe utilise les classifications des groupes de risque pour classer les agents biologiques.	!
27.2	L'équipe identifie toutes les entrées et les sorties des aires de travail en fonction des risques qu'on y trouve.	!
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.	!
30.2	L'équipe définit les éléments du système de gestion de la qualité dans l'énoncé de politique sur la qualité et les inclut dans le manuel sur 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.	!
30.6	L'équipe donne suite à tout rapport ou à toute recommandation provenant d'un organisme reconnu.	!
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

Les locaux des laboratoires du CSSS Cœur-de-L'île occupent des espaces vastes et suffisants pour ses activités. Dans l'ensemble, les locaux sont propres, mais certains gagneraient à être désencombrés.

Au niveau du laboratoire général, les spécimens qui y sont acheminés se retrouvent dans le corridor où circulent des clients. Pour assurer la sécurité et l'intégrité des spécimens et de patients, il serait avantageux que l'accueil de ces spécimens se fasse à l'intérieur des locaux du laboratoire qui sont sécurisés. Bien que l'accès au monte-charge se situe à l'extérieur du laboratoire, une alarme signalant l'arrivée de spécimens par ce monte-charge, située plus près des postes de travail de l'équipe des quarts de soir et de nuit, serait plus facilitante. La gestion des spécimens de pathologie devrait faire l'objet d'une révision pour établir les exigences requises par le laboratoire afin de conserver l'intégrité des spécimens en provenance de la salle d'opération et de communiquer ces exigences aux secteurs concernés.

Des PONs ont été rédigées, mais ne sont pas révisées. Par ailleurs, de nombreuses activités ne sont pas définies par des procédures normalisées. Il est suggéré aux membres de l'équipe de s'assurer que l'ensemble des PON soit rédigées, diffusées et connues de tous. Ceci est une condition pour s'assurer du transfert des connaissances lors de départ de membres de l'équipe.

Les différents secteurs du laboratoire gèrent des contrôles de qualité internes et externes. Cependant, il serait primordial de développer une culture de mesure au sein du service pour établir des indicateurs de qualité pertinents, réaliser des audits permettant ainsi d'obtenir des données probantes et les utiliser dans un plan structuré d'amélioration de la qualité.

Le départ de la responsable qualité, en 2012, a fait en sorte que le travail et la gestion de la qualité ont incombé au directeur du laboratoire, qui est maintenant le biochimiste, le directeur du laboratoire et le responsable qualité. Le rétablissement en poste de cette ressource « dédiée » faciliterait l'implantation d'un système de gestion de la qualité complet : implantation, diffusion, évaluation et mesure. Considérant l'augmentation de la demande d'analyses de ce service, une revue des différents postes de travail dans tous les secteurs permettrait l'optimisation des ressources.

La relance du programme de santé-sécurité du laboratoire permettrait une réévaluation et une étude de la gestion des risques propres à ce secteur. Un membre de l'équipe responsable de ce dossier pourrait en assurer l'application et la mise à jour continue de documents (par exemples, le plan de mesures d'urgence, la gestion des matières dangereuses et autres documents). De plus, l'organisation compte au sein de ses services une «préventionniste» en santé- sécurité qui peut s'avérer une ressource précieuse pour de nombreux projets (par exemples, le SIMDUT, l'ergonomie et autres projets).

L'équipe est invitée à se pencher sur la question du transport sécuritaire des échantillons. Une revue générale du processus en cours serait bienvenue pour valider la conformité des activités actuelles de transport, tant de la part de l'organisme vers l'extérieur que des partenaires qui apportent des spécimens.

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**

7.6	De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	  <b>PRINCIPAL</b>
7.6.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	
10.5	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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**

La direction du service est dynamique et conviviale; elle exerce un leadership mobilisateur. L'équipe travaille avec enthousiasme à l'amélioration de qualité des soins et à la compassion envers les patients.

Le programme de médecine est parfaitement aligné avec la stratégie de l'organisme.

## Processus prioritaire : Compétences

L'équipe est félicitée pour son engagement envers le développement de ses compétences; les membres utilisent les nombreuses occasions de formation et de perfectionnement que l'organisme met à leur disposition.

L'équipe est également félicitée pour ses audits : en particulier celui sur la prise en charge des patients.

L'initiative du tableau « Espace amélioration continue » est remarquable. Ce tableau est un moyen extraordinaire de rejoindre le personnel soignant et de leur permettre de participer concrètement à l'amélioration de la qualité des soins, de solutionner des problèmes qui les affectent et de les informer des résultats de leurs efforts. C'est un complément appréciable au programme d'amélioration continue de l'organisation. L'organisme est encouragé à généraliser l'utilisation du tableau à l'ensemble des services.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe est encouragée à compléter le MSTP en incluant les produits en vente libre, les produits naturels, les suppléments et les vitamines. Il serait également souhaitable qu'un membre de l'équipe de soins aide le patient à compléter la collecte d'information sur les médicaments. Il est probable qu'un grand nombre de patients ne puisse pas le faire en raison d'un problème d'analphabétisme ou en raison de leur état de santé.

Le personnel médical est encouragé à travailler en plus étroite collaboration avec l'équipe interdisciplinaire; leur contribution est essentielle dans plusieurs dossiers d'amélioration de la qualité des services ou de la sécurité des patients.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme est encouragé à poursuivre l'informatisation de ses processus et dossiers et faciliter l'accès aux différentes sources d'information disponibles; par exemple, les bases de données spécialisées, les guides de pratique, les outils d'analyse et autres sources d'information.

L'utilisation des conseillers cliniques pour superviser et encourager la mise à jour des guides de pratique clinique fondés sur des données probantes est une excellente initiative.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La planification des congés et le transfert d'information au départ sont excellents et permettent d'assurer un continuum de soins satisfaisant pour la sécurité du patient.

3.2.8 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

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

**Processus prioritaire : Direction clinique**

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

**Processus prioritaire : Compétences**

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

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

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

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

13.5	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs à ses services de santé communautaire.	
13.8	L'équipe compare ses résultats à ceux d'interventions, de programmes ou d'organismes semblables.	

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

**Processus prioritaire : Direction clinique**

L'équipe travaille dans un environnement agréable et sécuritaire. L'équipe connaît sa clientèle et travaille avec ses partenaires à mettre en place des activités qui permettent le dépistage et la prise en charge des problèmes rencontrés. Les services qui sont supportés par ce secteur d'activités sont conformes avec la planification stratégique. Il existe des groupes de travail sur le territoire, axés sur l'évaluation des besoins de la clientèle et la mise en place d'actions concrètes et concertées. Les activités pour la prochaine année sont planifiées en fonction des besoins de la population à desservir. Les planifications sont partagées avec l'ensemble des intervenants du programme. Les intervenants soulignent cependant un intérêt à participer davantage à la définition des objectifs et des priorités. L'équipe est encouragée à développer des indicateurs de suivis.

**Processus prioritaire : Compétences**

Chaque membre de l'équipe est encouragé à maintenir ses compétences et plusieurs formations sont offertes. La formation est au cœur de la pratique, valeur qui est partagée par le personnel. Le personnel des soins communautaires a reçu, en autres, les formations suivantes : OMEGA communautaire, exposition aux liquides biologiques pour la communauté, santé mentale (signes de décompensation, médication, procédure à suivre

lors d'un incident-accident et formulaire AH-223, influenza formation de base et mise à jour, réanimation cardiorespiratoire (RCR), pompe à perfusion mise à jour annuelle et pour nouvelles infirmières, MPOC, et finalement des nouveaux outils cliniques ou activités (par exemple, la cryothérapie). L'évaluation de rendement du personnel des soins communautaires est réalisée.

Il y a lieu de féliciter l'équipe des soins communautaires pour la mise en place du programme Centre d'enseignement - mieux vivre avec une maladie chronique. Les objectifs de ce programme sont de prévenir et d'agir sur la maladie chronique pour une meilleure qualité de vie. Les intervenants rencontrés mentionnent la fierté reliée à la mise en œuvre d'un tel programme. C'est une équipe interdisciplinaire qui est soucieuse de bien répondre aux besoins de la clientèle interpellée par ce programme. Il importe de souligner l'implication médicale dans la référence de la clientèle au programme. L'équipe est encouragée à développer une approche interdisciplinaire intégrée pour le personnel infirmier des soins courants et l'équipe interdisciplinaire des maladies chroniques. Les membres du personnel n'hésitent pas à faire preuve de créativité pour trouver des ressources ou des aménagements qui permettent d'en faire plus pour la clientèle avec des ressources financières limitées.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Il existe des processus et des procédures normalisés aux soins communautaires. Le système d'information clinique OACIS est utilisé pour le dossier patient. L'ensemble du personnel a reçu la formation à cet effet et mentionne son niveau élevé de satisfaction au regard de cet outil d'information. Le personnel utilise des ordonnances collectives telles qu'administrer les contraceptifs oraux ou faire un prélèvement pour la recherche sérologiques d'anticorps ou d'antigène dans le cadre de l'application du protocole d'immunisation. Il existe aussi des règles de soins telles qu'administration de produits immunisants, évaluation de la clientèle lors de situations cliniques particulières, l'administration de médicaments prescrits et prêts à être administrés, l'évaluation et la surveillance des signes vitaux, et effectuer un traitement par cryothérapie. Lors du traitement, on remarque l'approche chaleureuse et empathique des infirmières auprès de la clientèle, le souci de bien répondre aux questions et aux préoccupations de la clientèle dans un langage adapté. L'équipe se préoccupe du confort de la clientèle durant la durée du traitement. La clientèle est bien informée de l'offre de services des soins communautaires.

Des partenariats sont établis avec d'autres organisations afin d'outiller les intervenants pour mieux répondre aux réalités culturelles et multiethniques de certaines clientèles.

### Processus prioritaire : Aide à la décision


Plusieurs outils basés sur des données probantes et des lignes directrices sont présents pour aider les professionnels à bien exercer leurs fonctions. La gestion électronique des documents est en place ainsi que le dossier clinique informatisé. Un feuillet d'information pour les usagers et leurs proches est remis à la clientèle concernant, par exemple, les modalités d'obtention des fournitures médicales, les rendez-vous, leurs responsabilités et comment joindre le personnel du CLSC, incluant les heures d'ouverture des services infirmiers.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Des bilans d'activités sont produits, partagés et suivis lors des rencontres d'équipe. Les intervenants peuvent commenter et s'exprimer librement. Tous les membres de l'équipe ont un souci du travail bien fait et de la satisfaction maximale des besoins de la clientèle.

Les chefs de programme ont le souci du suivi dans la trajectoire de services et vont chercher le pouls des partenaires. Des rencontres sont tenues afin de s'assurer de la fluidité des continuums pour la clientèle. L'équipe est encouragée à rester à l'affût des besoins de ces clientèles en mettant en place des indicateurs mesurables afin d'évaluer la qualité des services rendus et le soutien offert à la clientèle.

### 3.2.9 Ensemble de normes : Services de santé mentale

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>		
10.6	De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	  <b>PRINCIPAL</b>
10.6.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	
<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>		
L'équipe mérite des félicitations pour l'emphase qu'elle met sur la continuité des soins et la réinsertion/maintien dans la communauté.		
L'équipe et l'organisme méritent qu'on note la clarté de leur vision et l'originalité de leur approche dans la prise en charge des clientèles transculturelles.		
L'équipe mérite également des félicitations pour l'amélioration simultanée de la qualité et du rapport coûts/bénéfices.		
La décision de l'équipe de ne pas créer d'espace réservé à la santé mentale à l'urgence pour diminuer les risques de stigmatisation des clients mérite d'être soulignée.		



## Processus prioritaire : Compétences

Le personnel fonctionne en interdisciplinarité de façon exemplaire aussi bien dans la composition des équipes que dans la gamme des sujets traités.

Les équipes bénéficient d'un personnel d'encadrement extrêmement compétent et engagé envers la qualité des soins. Les équipes ont aussi une direction qui est motivante.

Le CSSS supporte l'éducation continue et le personnel l'utilise bien.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe travaille sur un projet de quatre lits en unité d'hospitalisation brève qui résulte d'une analyse soigneuse des besoins de certaines clientèles qui se présentent à l'urgence. Un bon succès est souhaité à l'équipe.

L'équipe mérite des félicitations pour la mise en place du suivi métabolique. Une mesure à double utilité : la prévention de problèmes métaboliques et une occasion d'activités physiques pour l'ensemble des patients.

L'équipe est également félicitée pour l'importante amélioration de son climat de travail au cours des dernières années.

L'addition d'une pharmacienne à l'équipe interdisciplinaire élargit l'expertise de l'équipe et améliore la qualité et la sécurité dans l'utilisation des médicaments.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a un processus efficace et ouvert pour la sélection et la mise à jour de ses lignes directrices de pratique clinique lors des rencontres interdisciplinaires.


L'équipe mérite des félicitations pour son souci de la confidentialité et de l'éthique dans ses rapports avec les clients.


## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe et le CSSS sont félicités pour leur politique sur la participation citoyenne et les pairs aidants. Leur collaboration a déjà été appréciée dans la planification de certains projets, leur témoignage avec des patients et les activités visant la diminution de la stigmatisation.

L'équipe doit être aussi félicitée pour sa capacité à répondre aux besoins de sa clientèle en temps opportun. Il n'y a pas (ou pratiquement pas) d'attente pour le service. Ce succès résulte d'une révision logique et rigoureuse de ses processus.

**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>	
5.4 L'équipe dispose d'un processus qui permet de déceler, de gérer et de réduire les risques en matière de sécurité chez le personnel et les prestataires de services lors de la prestation des services.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.13 L'information sur les services fournie aux personnes, aux familles et aux organismes orienteurs est facile à comprendre et offerte par écrit dans les langues couramment parlées par les groupes desservis.	
10.1 L'équipe et la personne ou la famille élaborent un plan de services complet et intégré.	
10.2 Le plan de services aide la personne ou la famille à atteindre ses buts et ses objectifs relativement aux services.	
10.3 Le plan de services inclut des stratégies pour gérer les symptômes, ce qui comprend l'identification des signes avant-coureurs de rechute et les mesures à prendre dans un tel cas.	
10.4 Le plan de services comprend un plan initial d'intervention en cas de crise, s'il y a lieu.	
10.5 L'équipe communique le plan de services à d'autres prestataires de services en temps opportun, en respectant les lois sur la protection de la vie privée et avec le consentement de la personne ou de la famille.	
10.6 Le personnel et les prestataires de services suivent le plan de services lorsqu'ils fournissent des services.	
10.7 L'équipe et la personne ou la famille travaillent ensemble à modifier le plan de services à mesure que les besoins changent.	
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.	

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.	PRINCIPAL
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.	PRINCIPAL
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.	SECONDAIRE
12.4.5	L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.	PRINCIPAL
13.3	L'équipe encourage les personnes ou les familles à faire part de leur plan d'intervention en cas de crise aux autres personnes qui pourraient être en contact avec elles dans une situation de crise.	
14.2	L'équipe travaille avec la personne, la famille et d'autres équipes, services et organismes pour déterminer la transition appropriée vers d'autres services et pour élaborer un plan de suivi complet.	
14.5	Après le transfert ou la fin des services, l'équipe communique avec la personne, la famille et l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès du transfert et de la fin des services, et elle utilise les renseignements ainsi obtenus pour améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
<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>		
17.7	L'équipe informe et forme les personnes et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	
17.7.1	L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des personnes et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
17.7.2	L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux personnes et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
20.1	L'équipe dispose de processus lui permettant d'évaluer régulièrement la qualité des services et du soutien qu'elle offre aux clients.	

20.4	L'équipe compare ses résultats à ceux d'interventions, de programmes ou d'organismes semblables.	
20.5	L'équipe utilise l'information qu'elle recueille pour déterminer les réussites et apporter continuellement des améliorations.	
20.6	L'équipe communique les résultats des évaluations au personnel, aux personnes et aux familles.	

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe de professionnels est dynamique, centrée sur le client et soucieuse de la qualité des services rendus à leur clientèle. Il existe un environnement agréable et sécuritaire pour le personnel et la clientèle. L'utilisateur est pris en charge dans une approche globale. Les discussions avec l'équipe font ressortir l'importance d'offrir des services de proximité, de travailler avec le client, les proches et les partenaires de la communauté. L'équipe connaît sa population et utilise les informations provenant de différentes sources pour planifier les services. Une Table de santé mentale regroupant les partenaires du milieu se réunit une fois par mois, et au besoin. Les services et le soutien offerts concordent avec les orientations stratégiques de l'organisation.

Un document de travail - La crise suicidaire chez les jeunes CSSS Cœur-de-l'Île, site Villeray - est en consultation actuellement. Un projet de suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé du secteur du CSSS Cœur-de-l'Île est réalisé par la gestionnaire et l'équipe d'intervenants du site CLSC de La Petite-Patrie. Ces documents font la fierté des professionnels des services de santé mentale communautaires. Une fois adopté, ces cadres de référence feront l'objet de présentations qui seront faites aux partenaires internes et externes. L'ensemble de l'équipe mérite des félicitations pour le magnifique travail accompli. Les services sont bien définis et communiqués aux partenaires. L'équipe est appelée à poursuivre le développement des stratégies et des activités afin de promouvoir la santé mentale dans la communauté.

### Processus prioritaire : Compétences

Dans un souci d'harmonisation, un outil clinique et une présentation ont été développés et sont utilisés lors d'un signalement en vertu de l'article 38 de la Loi de la Protection de la Jeunesse pour la clientèle enfance-adolescence du CSSS Cœur-de-l'Île, site CLSC Villeray. Lors de la discussion de cas cliniques en équipe interdisciplinaire, des professionnels du secteur ont partagé leurs expériences vécues et la plus-value de cet outil. D'autres professionnels présents semblent vouloir emboîter le pas et l'équipe est encouragée à faire une évaluation post implantation et de la partager avec les autres professionnels et les partenaires impliqués. Un autre guide pratique a été développé sur le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes dans le cadre de la Loi sur les services de santé et des services sociaux en CSSS et a été déposé à la Table régionale des directeurs du programme services. Un cadre de référence du guichet d'accès en santé mentale adulte a été développé au CLSC de La Petite-Patrie.

La formation est importante au sein du programme et adaptée aux fonctions. Les professionnels utilisent les données probantes et les lignes directrices des meilleures pratiques dans l'exercice de leurs fonctions tout en assurant la continuité des soins et des services à leur clientèle. Toute l'équipe a suivi une formation en prévention du suicide. Le personnel se dit satisfait du fonctionnement de l'équipe, de la reconnaissance qui est faite de leurs compétences, du support qui leur est accordé et du souci de leur personne. Les contributions des membres de l'équipe sont reconnues au quotidien. Le gestionnaire leur confie des mandats spéciaux ou les désigne pour participer à des comités, selon leurs intérêts et leurs aptitudes. L'évaluation de

rendement a été réalisée pour l'ensemble du personnel. Le gestionnaire est très présent au sein de son équipe.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'utilisateur est accompagné dans son processus de soins selon une approche globale, dans le respect de ses droits et de sa vie privée. Chaque membre du personnel est formé pour être en mesure d'intervenir dans toute situation. Le gestionnaire est présent et supporte son équipe dans ses besoins de conseils ou d'accompagnement. L'équipe travaille avec l'utilisateur et ses proches et facilite son cheminement à travers l'ensemble du réseau de la santé et auprès du réseau des partenaires. Beaucoup d'efforts ont été faits afin d'éliminer les listes d'attente et le personnel a comme objectif de s'assurer qu'il n'y ait plus de délais d'accès. Des ententes de collaboration sont faites avec les partenaires communautaires, afin que les usagers qui ont besoin de ce type de suivi puissent recevoir des services afin de répondre adéquatement à leurs besoins. Les espaces sont adaptés et sécuritaires, lorsqu'il s'agit de recevoir de la clientèle. Le personnel est formé pour répondre au besoin des usagers en situation de crise ou aux prises avec des idées morbides ou suicidaires. La clientèle est informée des heures d'ouverture et des heures de service des professionnels des services de santé mentale communautaires.

L'équipe est incitée à mettre sur pied un plan de services intégré avec la contribution et la participation du client et de sa famille et à documenter les personnes à risque élevé qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus.



## Processus prioritaire : Aide à la décision

Un dossier est ouvert pour chaque usager et l'accès est facilité par l'application du système d'information OACIS, intégrant les données cliniques. Il est complet et disponible aux intervenants lorsque nécessaire. Il est conservé selon les lois et les règles en vigueur. L'équipe a une bonne connaissance de sa population et intègre les données probantes, ce qui inclut la contribution d'un pédopsychiatre répondant qui informe l'équipe sur les meilleures pratiques en pédopsychiatrie pour le CLSC de Villeray. Il y a eu un ajout d'un psychiatre répondant pour la clientèle vue au CLSC de La Petite-Patrie ayant un effet significatif sur l'accessibilité aux services. Du point de vue des personnes rencontrées, elles mentionnent que cet ajout a été aidant pour le client d'abord et ensuite autant pour le personnel, l'organisation et les médecins de la communauté.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe interdisciplinaire se rencontre tous les mois et effectue un bilan de ses activités annuellement. Les aspects de sécurité sont pris en charge et les risques potentiels sont évalués. Le personnel est formé pour soutenir la clientèle. L'équipe est encouragée à développer de l'information écrite concernant la sécurité des soins pour la clientèle. L'équipe est aussi incitée à mettre en place des mécanismes pour évaluer la qualité des services rendus et le soutien offert à la clientèle. Pour le personnel rencontré au CLSC de La Petite-Patrie, la visite d'agrément s'avère une expérience positive et riche à tout point de vue.

3.2.11 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.3 L'organisme encourage tous les membres de l'équipe à développer leurs compétences afin d'améliorer le travail interdisciplinaire et le fonctionnement global de l'équipe.	
4.3 Les nouveaux membres du personnel et prestataires de services reçoivent une orientation sur leurs rôles et leurs responsabilités, les buts et les objectifs de l'équipe, ainsi que sur l'ensemble de l'organisme.	
4.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et positive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.5 De concert avec le résident, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments du résident aux points de transition des soins.	  <b>PRINCIPAL</b>
7.5.2 L'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les ordonnances de médicaments rédigées à l'admission, et décèle, règle et consigne tout écart entre les sources d'information.	<b>PRINCIPAL</b>
7.5.3 L'équipe utilise les ordonnances établies à l'admission à l'aide du bilan comparatif des médicaments pour produire une liste de médicaments à jour qui est versée dans le dossier du résident.	<b>PRINCIPAL</b>
7.5.4 Au moment de la réadmission après un séjour dans un autre milieu de soins (p. ex., en soins de courte durée) ou avant la réadmission, l'équipe compare les ordonnances de médicaments rédigées au congé à la liste des médicaments à jour; elle décèle, règle et consigne tout écart entre les deux.	<b>PRINCIPAL</b>
8.4 L'équipe évalue le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	

8.4.1	<p>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.</p> <p>Les équipes des services de soins de longue durée qui n'utilisent pas d'outil d'évaluation des risques validé et normalisé à l'heure actuelle devront le faire au plus tard en janvier 2013.</p>	PRINCIPAL
9.3	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des résidents qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
15.1	L'équipe cerne ses besoins en matière de technologies et de systèmes d'information.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
18.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
18.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux résidents et aux familles.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>		
<p>L'équipe connaît très bien le profil de sa clientèle à partir des données populationnelles. Les services sont offerts sur deux sites distincts. Les gestionnaires visent à harmoniser les politiques et les procédures pour le secteur de l'hébergement. Les buts et objectifs sont définis en lien avec les approches ministérielles qui servent de cadre de référence. La politique pour la vaccination anti-pneumocoque est en vigueur et respectée. De plus, l'équipe termine actuellement la vaccination anti-influenza. Un projet pilote de «non-rotation» des préposés est en cours à Paul Gouin. Il est à noter l'implication active des préposés aux bénéficiaires dans les discussions, la recherche de solutions pour ce projet et dans les activités quotidiennes.</p> <p>L'équipe a pour objectif de répondre aux besoins des résidents en ayant le souci d'un milieu de vie. Elle souhaite que le résident se sente chez eux. Plusieurs moyens sont mis en place pour répondre aux objectifs, tels que le comité milieu de vie, les comités de gestion des milieux de vie.</p>		
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>		
<p>Le personnel est fier de leur travail. Ils ont l'impression de faire la différence pour la clientèle. Selon les résidents, le personnel est attentionné, respectueux et soucieux de répondre à leurs demandes. Une équipe interdisciplinaire est en place. Des rencontres interdisciplinaires ont lieu dans chacun des sites tous les mois. Il est noté que le médecin ne fait pas toujours partie de cette rencontre. Des rencontres peuvent se faire au besoin dans les cas complexes. La formation du personnel est offerte en lien avec la clientèle hébergée. Un programme spécifique de formation pour la clientèle d'hébergement est disponible. Le personnel a les compétences exigées pour prendre soin de la clientèle. Les préposés aux bénéficiaires ont reçu la formation «</p>		

Agir pour prévenir ». Cette formation vise au respect des droits des usagers par les intervenants. Cette formation a été appréciée par les préposés qui l'ont reçue.

Il n'y a pas de programme d'orientation spécifique pour le personnel infirmier qui obtient un poste en hébergement autre qu'un jumelage avec un autre employé. L'équipe est encouragée à élaborer un programme structuré pour la clientèle de longue durée à l'ensemble du personnel. Le personnel du site Paul-Gouin a reçu la formation sur les pompes à perfusion. En raison de la rareté de leur utilisation, le personnel d'Auclair aurait recours au secteur clinique de la DSI pour de la formation ponctuelle. De plus, les conseillères en soins infirmiers et en prévention des infections sont disponibles pour le personnel lors d'interrogations ou support clinique. Tout le personnel a reçu de la formation spécifique en lien avec la prévention des infections.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Les mécanismes d'accès aux services en hébergement sont gérés par l'Agence. La prise en charge du résident est bien effectuée. Dès l'admission, une évaluation est faite afin de connaître son profil. Cette évaluation est refaite selon un protocole établi. Le BCM n'est pas fait à l'admission. Cependant, l'équipe utilise le profil médicamenteux pour guider la prescription médicamenteuse. L'équipe est encouragée à déployer le BCM pour toutes les admissions en CHSLD.

Chaque résident a un plan de soins infirmiers qui est mis à jour quotidiennement. Chaque résident a un plan thérapeutique infirmier. Pour certains patients, il date de plusieurs mois.

Également, il a un plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Le résident ou sa famille ne participe pas à la rencontre. Le PII est diffusé au résident et à sa famille après la rencontre.

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

Le niveau de soins est discuté avec le résident et/ou la famille. Le niveau de soins peut être réajusté par l'équipe médicale suite à une détérioration clinique. Le personnel donne de l'information au résident et à sa famille de façon verbale. Il est suggéré de créer des documents d'enseignement spécifique pour la clientèle en hébergement. L'usage de la contention est limité. Des méthodes alternatives sont utilisées pour éviter son utilisation. Les résidents ont la possibilité de décorer leurs chambres et d'avoir des objets personnels. L'équipe a fait preuve d'initiative en instaurant l'histoire de vie de leurs résidents.

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

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



Les résidents ont accès à des activités de loisirs dans chacun des sites. Ces activités sont très attendues et appréciées par les résidents. L'équipe des loisirs vise à augmenter la qualité de vie au travail et procurer un environnement agréable.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Chaque résident a un dossier unique pour l'ensemble des professionnels. L'équipe fait tout en son pouvoir pour faire respecter la vie privée et la confidentialité. Aucune formation sur les technologies de l'information n'est dispensée. Par contre, des besoins sont exprimés par le personnel pour augmenter le parc informatique et une plus grande utilisation des outils informatiques. L'organisme a mis en place des mécanismes de communication aux points de transition sur les unités de soins. Les préposés aux bénéficiaires participent au partage de l'information. Toutes les chambres sont équipées de lève-patients sur rail. Le matériel pour les bains ou douches est sécuritaire et répond aux standards de la sécurité. Les corridors sont dégagés et sont munis de rampes.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a un objectif d'harmonisation clinique des différents secteurs. Les ressources sont allouées équitablement tout en tenant compte des contraintes physiques du milieu. Le personnel en hébergement a une culture de déclaration des incidents-accidents. La double identification est faite de façon systématique ce qui est confirmé par les résidents rencontrés.

Le personnel est en mesure d'identifier les risques pour leur secteur. Il prend les mesures appropriées pour les éliminer en appliquant des mesures préventives. Une évaluation de la satisfaction de la clientèle est faite de façon périodique. Cependant, les résultats sont peu diffusés.

3.2.12 Ensemble de normes : Services de soins intensifs

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


**Processus prioritaire : Direction clinique**

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

**Processus prioritaire : Compétences**

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

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

7.7	De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	  <b>PRINCIPAL</b>
7.7.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	
11.5	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

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

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

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

**Processus prioritaire : Direction clinique**

L'équipe mérite des félicitations pour sa planification de services. L'unité répond parfaitement aux objectifs stratégiques de l'organisme. La préparation en vue des crises et désastres possibles est tout à fait adéquate.

Le personnel-cadre est dynamique et enthousiaste dans la promotion de l'excellence clinique, technique et administrative. Ils font preuve d'un leadership apprécié du personnel.

## Processus prioritaire : Compétences

L'équipe est encouragée et félicitée dans ses efforts de recrutement; le chef s'y investit avec passion.

L'équipe est également félicitée pour son engagement envers la formation de ses membres dans de nombreux domaines pertinents à leurs fonctions: pharmacologie, neurologie, gestion de la douleur, traitement des plaies, utilisation des contentions, contrôle des infections et autres secteurs.

L'initiative du tableau « Espace amélioration continue » est remarquable. Ce tableau est un moyen extraordinaire de rejoindre le personnel soignant et de leur permettre de participer concrètement à l'amélioration de la qualité des soins, de solutionner des problèmes qui les affectent et de les informer des résultats de leurs efforts. C'est un complément appréciable au programme d'amélioration continue de l'organisation. L'organisme est encouragé à généraliser l'utilisation du tableau à l'ensemble des services.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe est encouragée à compléter la révision de ses critères d'admission, de congé et d'utilisation de l'équipe d'intervention rapide. La pratique actuelle fonctionne bien, mais il est souhaitable qu'elle soit formalisée.

L'équipe mérite des félicitations pour sa gestion des congés et des transferts car les patients sont bien informés. Si le patient est transféré à une institution, cette dernière peut remplir un formulaire (inclus) d'appréciation pour faire connaître son opinion sur le transfert à l'équipe de Jean Talon.

L'équipe est encouragée à compléter le MSTP en incluant les produits en vente libre, les produits naturels, les suppléments et les vitamines. Il serait également souhaitable qu'un membre de l'équipe de soins aide le patient à compléter la collecte d'information sur les médicaments. Il est probable qu'un grand nombre de patients ne puisse pas le faire en raison d'un problème d'analphabétisme ou en raison de leur état de santé.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme est encouragé à poursuivre l'informatisation de ses processus et dossiers et faciliter l'accès aux différentes sources d'information disponibles; par exemples, les bases de données spécialisées, les guides de pratique, les outils d'analyse et autres sources d'information.

L'utilisation des conseillers cliniques pour superviser et encourager la mise à jour des guides de pratique clinique est une excellente initiative.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est encouragée à mettre en service le questionnaire sur l'expérience client qui sera remis lors de l'admission et que le client et/ou sa famille rempliront au congé. La composante des soins sera incluse dans le questionnaire, un ajout qui mérite d'être noté.

Le questionnaire de satisfaction, inclus dans l'enveloppe d'information qui accompagne le client et qui permet à l'organisme receveur de donner de la rétroaction, est une initiative qui mérite d'être signalé.

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

L'équipe mérite des félicitations pour son programme de dons d'organes et de tissus. Le personnel comprend bien le processus et les différentes activités associées. Le personnel est aussi bien formé et ses efforts sont souvent couronnés de succès.

La direction encourage et récompense l'identification des donneurs potentiels et cette décision mérite d'être soulignée.

3.2.13 Ensemble de normes : Services des urgences

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


Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

4.13	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
------	---	--

Processus prioritaire : Épisode de soins

8.4	De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	  <b>PRINCIPAL</b>
8.4.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	

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

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

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'organisme et l'équipe méritent des félicitations pour les améliorations apportées aux services d'urgence en ce qui a trait aux locaux et aux équipements. L'équipe s'est rapidement adaptée. Sa performance est à la hauteur de ces locaux plus vastes et mieux agencés.

Le pré-triage, la réévaluation des patients en attente et l'évaluation de la clientèle gériatrique avec le PRISMA-7 témoignent du souci de l'équipe pour la sécurité des patients et d'assurer un bon aiguillage pour la continuité des services.

Enfin, l'allocation d'une chambre à part où les familles et les proches peuvent se recueillir en présence du corps de la personne défunte est une attention et une marque de respect qui méritent d'être signalées.

## Processus prioritaire : Compétences

L'organisme mérite des félicitations pour son engagement envers la formation du personnel. Le personnel rencontré doit également être félicité pour avoir saisi l'occasion d'améliorer ses compétences.

Par ailleurs, l'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts de rattrapage dans l'appréciation du rendement; c'est une activité utile pour améliorer l'esprit d'équipe et le sentiment d'appartenance à l'organisme.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'affichage dans le service de l'algorithme pour le BCM mérite d'être signalé.

Le protocole de transfert/congé est également très bien fait et facilite la continuité des soins et la participation des patients.

L'équipe est encouragée à compléter la liste des médicaments pris par le patient en y ajoutant les médicaments sans prescription, les produits naturels, les suppléments, les vitamines et autre produit en vente libre. De même, il serait souhaitable que la collecte de données soit faite par une personne qualifiée plutôt que de simplement remettre une feuille au patient et lui demander de rédiger sa liste.

## Processus prioritaire : Aide à la décision

L'informatisation du dossier patient est bien amorcée et l'équipe y collabore avec enthousiasme.

L'équipe est également attentive aux progrès de la science, des processus et des technologies et elle revoit et met à jour ses politiques ainsi que ses protocoles et procédures.

## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est félicitée pour le nombre et la pertinence des indicateurs qu'elle suit; dont les durées de séjour, l'attente pour les services, l'utilisation du PRISMA-7, le pourcentage de patients avec la liste de médicaments fournis par les pharmacies au dossier, le suivi des grands consommateurs, les infections nosocomiales et autres indicateurs.

L'équipe est encouragée à faire l'analyse, en groupe, de l'ensemble des incidents et accidents survenus sur une période de temps assez longue pour voir les tendances et les habitudes possibles qui pourraient se dégager.

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

Étant donné le type de clientèle de l'organisme, l'équipe travaille surtout sur les dons de tissus. Par ailleurs, l'équipe encourage l'identification des donneurs potentiels en récompensant, via un prix, les membres du personnel qui font les signalements. L'équipe mérite des félicitations pour cette initiative.

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.	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe passe en revue l'information recueillie au sujet de la demande de services transfusionnels afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
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.	!
2.3 L'équipe demande régulièrement des commentaires sur la façon d'améliorer l'accès aux services transfusionnels et de régler les délais d'obtention de composants sanguins et de produits sanguins à des fins de transfusion.	
3.3 L'équipe dispose d'une structure de gestion avec des liens et des responsabilités hiérarchiques clairement définis.	
4.1 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.	
4.7	L'organisme tient et conserve pour chaque membre de l'équipe des dossiers complets et à jour sur les qualifications, la formation et les compétences, y compris les résultats d'évaluation et de réévaluation des compétences, ainsi que les mesures correctives.	
5.1	L'équipe élabore et suit des PON précises et concises pour ses activités de transfusion.	
5.2	L'équipe a accès aux PON qui s'appliquent aux activités qu'elle mène.	
5.3	L'équipe révisé et met les PON à jour tous les deux ans ou plus souvent si cela s'avère nécessaire.	
5.6	L'équipe évalue régulièrement la conformité à ses PON et apporte les changements qui s'imposent.	
8.2	L'équipe vérifie et consigne régulièrement les conditions ambiantes à l'intérieur du laboratoire, y compris la température et les taux d'humidité.	
16.1	L'organisme suit les PON prévues pour l'entreposage de chaque type de composants sanguins et de produits sanguins à l'intérieur des paramètres de température et conditions d'entreposage acceptables, y compris en cas de panne de courant.	!
16.3	L'équipe suit des PON pour la conservation, la congélation et la décongélation du plasma.	
17.5	Si les composants sanguins ou les produits sanguins accompagnent l'usager d'un établissement à un autre, l'équipe expéditrice en 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.	
17.6	L'équipe suit une PON pour le transport des composants sanguins et des produits sanguins à l'intérieur de l'organisme.	!
19.1	L'organisme dispose d'un comité de transfusion qui offre des services de consultation et de soutien en lien avec les pratiques et les activités transfusionnelles.	!
19.3	L'équipe suit une PON pour répondre aux requêtes qu'elle reçoit verbalement.	



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.	!
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.	
24.6	L'équipe suit les PON pour la conservation des dossiers.	!
26.1	L'équipe évalue chaque année la qualité de ses services transfusionnels.	
26.2	L'équipe détermine les mesures de rendement de ses services transfusionnels et en assure le suivi.	
26.3	L'équipe surveille régulièrement l'utilisation de ses services transfusionnels et utilise les résultats pour apprendre sur l'utilisation appropriée de ces services.	
26.5	Lorsqu'elle évalue la qualité de ses services transfusionnels, l'équipe s'assure la participation des usagers, des familles, d'autres équipes dans l'organisme ainsi que d'autres organismes.	
26.6	L'équipe cerne les réussites et les points à améliorer, et apporte des améliorations en temps opportun en se servant de l'information ainsi obtenue au sujet de la qualité de ses services.	
26.7	L'équipe examine les résultats de l'évaluation et les communique aux autres équipes dans l'organisme, à d'autres organismes, aux usagers et familles, s'il y a lieu.	

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

### Processus prioritaire : Services transfusionnels

Il existe des liens de collaboration étroits avec les chargés transfusionnels du centre désigné. Ces dernières assurent, par téléphone, le support au quotidien lorsque des problématiques se présentent. Il n'y a pas eu de visite sur place depuis plusieurs années des chargés transfusionnels techniques. Le laboratoire est encouragé à solliciter au moins une visite annuelle.

Il a été constaté qu'il manque plusieurs PON essentielles, certaines directives sont encore manuscrites, il devient difficile pour le personnel de la banque de sang de s'y retrouver. La rédaction de toutes les PON doit être une priorité afin d'assurer une prestation sécuritaire.

Le suivi qui est fait, suite au retrait des produits sanguins demandé par Héma-Québec a été examiné. Les démarches respectent la procédure en place et sont faites dans les délais requis.

Tous les équipements de la banque de sang sont bien entretenus par les technologistes et les entretiens préventifs sont réalisés selon le calendrier prévu.


Les produits sanguins sont transportés à l'intérieur de l'organisme sans un emballage secondaire. Afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des produits sanguins, l'ajout d'un contenant secondaire serait une bonne pratique à adopter.

L'organisme a procédé, l'an dernier, à une formation sur les immunoglobulines et à une mise à jour des pratiques transfusionnelles, cependant, il n'y a pas d'évaluation formelle suite à cette formation.

Il n'existe pas de programme structuré d'évaluation des compétences pour tout le personnel impliqué dans l'acte transfusionnel, que ce soit au niveau de la banque de sang ou des unités de soins, tel que requis par la norme.

Sur les unités de soins, la documentation requise en regard de la médecine transfusionnelle s'y retrouve facilement. Une copie plastifiée schématise bien toutes les étapes, et les symptômes sont clairement identifiés.

3.2.15 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 L'organisme a recours à une équipe interdisciplinaire pour assurer la prestation des services de soins ambulatoires.	
3.5 L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.	
3.6 Les membres de l'équipe interdisciplinaire communiquent régulièrement pour coordonner les services, les rôles et les responsabilités.	!
3.7 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.9 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
6.2 L'équipe accueille les clients dans le secteur de services de manière à respecter leur intimité et confidentialité.	
8.4 De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels utilisateurs des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.	
<p>*Un utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p>	
8.4.2 En ce qui a trait aux utilisateurs des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, l'organisme précise à quelle fréquence il faut répéter le bilan comparatif des médicaments et il consigne cette information.	PRINCIPAL


8.4.3	Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille et le soignant (selon le cas) et le consigne par écrit au dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.4.4	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, l'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) à la liste actuelle de médicaments; elle décèle et consigne tout écart entre les deux sources d'information. Cela se fait à la fréquence établie par l'organisme dans sa documentation.	PRINCIPAL
8.4.5	L'équipe collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les sources d'information OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.	PRINCIPAL
8.4.6	Quand les écarts sont réglés, l'équipe met la liste de médicaments à jour et la conserve dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.4.7	L'équipe remet à l'utilisateur et au prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) la liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL
10.3	Lorsqu'elle offre des services, l'équipe devrait suivre le plan d'intervention du client.	
10.4	L'équipe met à jour le plan d'intervention du client et partage l'information avec les autres prestataires du client en temps opportun et en tenant compte des lois relatives à la protection de la vie privée.	!
10.9	L'équipe fait un suivi auprès des clients et des prestataires de services pour déterminer si les services ambulatoires fournis ont contribué à l'atteinte des buts du client et aux résultats attendus, et elle utilise ces renseignements pour déceler et supprimer les obstacles qui empêchent le client d'atteindre les buts et les résultats attendus de son plan de services.	
11.5	L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	
11.7	L'équipe consigne, conserve, manipule et élimine les échantillons et les médicaments utilisés à titre expérimental de la même manière qu'elle le ferait pour tout autre médicament.	!
12.5	En collaboration avec les autres prestataires de services du client, l'équipe élabore et consigne un plan de suivi intégré et complet.	
12.6	Après le transfert ou la fin de services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	

- 13.11 L'équipe entretient de l'équipement, des appareils médicaux et des fournitures propres et stériles, séparément de l'équipement souillé et des déchets.

## 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

17.4	L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	
17.4.1	Les clients et les familles reçoivent de l'information écrite et verbale au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
17.4.2	Le personnel utilise des méthodes écrites et verbales pour informer et former les clients au sujet du rôle qu'ils jouent dans le dossier de la sécurité.	PRINCIPAL
19.1	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de soins ambulatoires.	
19.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
19.4	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.	
19.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

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

### Processus prioritaire : Direction clinique

Les équipes connaissent bien les besoins de leurs clientèles et apportent des changements à leurs services, au besoin. À l'unité de médecine d'un jour (UMJ), les membres de l'équipe évaluent régulièrement les besoins de leurs services et cherchent à apporter des améliorations et changements afin de s'adapter aux besoins de leurs clientèles. Les personnes rencontrées sont dédiées à leur clientèle respective avec une approche empathique. Il a été noté un gros achalandage dans les corridors des soins ambulatoires cliniques externes.

Un projet d'optimisation concernant la restructuration de la prise de rendez-vous téléphoniques a été déployé avec l'aide d'une équipe de consultants externes. Au début du projet, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous en ligne était de 50 minutes. Après la mise en place du nouveau mode de fonctionnement le délai d'attente en ligne a été réduit à 20 minutes, un écart significatif.

La nouvelle gestionnaire du secteur des soins ambulatoires est à revoir l'organisation du travail et la restructuration du secteur d'activités. L'offre de service est connue des partenaires internes et externes. L'équipe favorise le placement des stagiaires et des bénévoles au sein des équipes.

## Processus prioritaire : Compétences

Certaines personnes rencontrées mentionnent le manque de formation pour les soins ambulatoires. Une formation annuelle est donnée au sujet des pompes à perfusion, pour laquelle un registre est tenu. Une planification de la formation pour 2014-2015 a été établie.

La communication est favorisée dans les équipes rencontrées et cela facilite la coordination des services offerts dans le secteur des soins ambulatoires.

Les rôles et les responsabilités des intervenants sont à revoir afin d'éviter ou réduire le chevauchement entre les professionnels.

## Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe attache une grande importance à l'approche centrée sur le patient et la famille, avec la préoccupation de sécurité des soins et des services. Le personnel manifeste beaucoup de respect pour la clientèle et des liens chaleureux y ont été observés. On ne retrouve pas de plan d'intervention au dossier, et ce, à cause du facteur temps et séquence de traitement qui est parfois relativement court.

En ce qui a trait de l'environnement physique, l'espace est peu adapté. On y trouve par exemple trois fauteuils en fonte émaillée blancs (très inconfortable pour la clientèle), des couleurs ternes, avec peu d'éclairage et encombrées avec différentes fournitures et pièces de mobilier. De plus, on ne retrouve aucun moyen de support ou d'information pour la clientèle en attente, par exemple une télévision ou des revues.

Il n'y a aucune liste d'attente structurée pour la clientèle en orthopédie. Les clients qui veulent un rendez-vous ne sont pas inscrits sur une liste d'attente, on leur demande de rappeler lorsque la cédule en provenance de l'Hôpital Sacré-Cœur sera sortie. Les clients sont informés qu'aussitôt que la cédule arrive, les rendez-vous vont se donner. Selon les personnes rencontrées, en moyenne 50 patients sont vus par les orthopédistes lors de ces cliniques. L'équipe des soins ambulatoires est encouragée à identifier des indicateurs pour mesurer et évaluer les impacts de ce mode d'organisation. Il est prévu de revoir l'organisation de ce mode de fonctionnement. Une liste d'attente existe au niveau de la clinique de cardiologie pour trois des six cardiologues, mais avec un peu le même mode fonctionnement, soit attendre la sortie de la cédule de ces médecins œuvrant au CHUM. Le délai d'attente pour cette clientèle en cardiologie peut s'étendre jusqu'à 6 mois. Pour toutes les autres cliniques externes, il n'y a pas de liste d'attente.

L'équipe de l'UMJ des soins ambulatoires participe au projet de recherche fracture de fragilisation avec le CH Sacré-Cœur. Il y a lieu de mentionner et de féliciter l'équipe (DAMSAD-DSISSP) ayant mis en place le suivi systématique concernant la fracture de fragilisation et de l'encourager à poursuivre les évaluations prévues dans trois mois et dans un an. L'unité de médecine de jour joue un rôle prépondérant dans l'actualisation de ce suivi.

Quoique l'équipe veuille mettre en place des mesures physiques pour respecter les lois en vigueur sur la protection de la vie privée des clients, il existe une problématique au niveau du dossier médical (ex. dossier antérieur mis dans un chariot et au milieu d'un endroit où il y a beaucoup de circulation). La difficulté de respecter la confidentialité restera un défi majeur pour les intervenants travaillant dans ce secteur tant que des locaux plus spacieux ne seront pas disponibles.

Il n'existe pas d'équipe interdisciplinaire aux soins ambulatoires et pas de plan d'intervention pour la clientèle. Le bilan comparatif des médicaments n'est pas réalisé au niveau des dossiers consultés pour les

usagers vus aux secteurs d'activité des soins ambulatoires. L'équipe démontre de l'importance pour l'approche centrée sur le patient et la famille avec la préoccupation de sécurité et de qualité des soins et des services. Le personnel manifeste beaucoup de respect pour la clientèle et des liens chaleureux y sont observés.

Il a été noté qu'il existe plusieurs échantillons de médicaments dans les cliniques externes sans aucun inventaire ni contrôle. Dans les règlements du département de la pharmacie concernant l'émission et l'exécution des ordonnances de médicaments, et les échantillons médicaux, il est spécifié que si un médecin désire utiliser des échantillons médicaux pour un usager des cliniques externes, il est responsable de l'entreposage, de la sécurité, de l'usage et de la destruction de ces produits, actuellement ces échantillons sont entreposés dans des armoires dans les cliniques. L'équipe est incitée à mettre en place des mécanismes de mesures et d'évaluation de l'utilisation de ces échantillons, et ce, en conformité avec les règlements de l'organisme.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Divers procédés, techniques et outils d'enseignement et d'apprentissage sont utilisés par le personnel dans le but d'augmenter « l'empowerment » (prise en charge) de la clientèle et de s'assurer de leur niveau de compréhension de l'information et de leur rôle avant de quitter les soins ambulatoires. Plusieurs outils et mécanismes sont en place pour l'aide à la décision, par exemple, les rapports incidents/accidents.

L'équipe examine les lignes directrices et procède à l'ajustement ou le changement de ses pratiques afin d'être conforme avec les pratiques exemplaires actuelles, par exemple pour le traitement au Coumandin. L'équipe à l'unité de jour est incitée à faire une mise à jour du document d'enseignement pour la clientèle en insuffisance cardiaque, qui date de 2002. L'équipe est félicitée pour la mise en place du suivi systématique pour la clientèle ayant une fracture de fragilisation.


### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est encouragée à procéder à l'évaluation de la satisfaction de la clientèle et de comparer ses résultats avec ceux obtenus par d'autres programmes ou organismes semblables. De plus, des indicateurs devraient être élaborés pour mesurer et évaluer la qualité des services et le soutien que l'équipe offre à la clientèle et y apporter des corrections au besoin.

Le personnel analyse les événements indésirables survenus sur l'unité et utilisent divers mécanismes ou moyens (programme des chutes, guide des ulcères de pression) pour les réduire ou pour les éviter. Les résultats de diverses analyses sont transmis et partagés avec l'ensemble des membres de l'équipe.

La clientèle rencontrée mentionne l'insatisfaction concernant des délais très longs aux cliniques externes. Par ailleurs, elle souligne la compétence et le respect du personnel infirmier comme étant attentionné et qualifié.

3.2.16 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>6.8.5 L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	



## Processus prioritaire : Direction clinique

Les équipes connaissent bien les besoins de la clientèle et établissent des objectifs pour leurs services qui sont mesurables. Les besoins d'amélioration sont discutés, ainsi que les opportunités de collaboration avec les partenaires, et on tient compte des résultats afin d'améliorer l'accès aux services. L'équipe de gestion est très active, dynamique et sa synergie est transmise au personnel sous leur gouvernance. Les personnes rencontrées sont passionnées et engagées dans leur travail et il y règne un climat de travail harmonieux et d'entraide, autant au guichet d'accès qu'en résidence intermédiaire (RI).

Les équipes utilisent les normes et critères d'Agrément Canada comme guide et leitmotiv pour se donner un sens à leurs actions, mieux collaborer entre elles, briser l'isolement et s'ouvrir sur la communauté. Pour les intervenants, les valeurs importantes sont la qualité des soins et services et la sécurité de leur clientèle.

Plusieurs projets mis de l'avant témoignent de leurs initiatives et de leur créativité. Par exemples, plusieurs projets d'optimisation en SAD et un guide pour l'élaboration des plans d'intervention qui ont apporté une transformation dans l'organisation du travail et font l'envie de leurs collègues des autres CSSS. Ces projets ont permis de mobiliser les intervenants, de stimuler leurs intérêts et de favoriser l'harmonisation des pratiques. Cela a permis une prise de conscience du besoin de revoir les modes de pratique, de se questionner sur les activités du guichet d'accès, le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire et les rôles et responsabilité de l'équipe.

## Processus prioritaire : Compétences

L'interdisciplinarité est évidente. Il y a une grande collaboration de tous les membres de l'équipe : infirmières, infirmières auxiliaires, travailleuse sociale, médecin, ergothérapeute, nutritionniste et auxiliaires familiales. Des mécanismes de communication permettent à l'équipe de partager régulièrement de l'information. Les rôles et les responsabilités des intervenants sont clairement définis. Cette équipe interdisciplinaire a pour rôle, entre autres, d'identifier, de planifier et de mesurer l'atteinte des objectifs au niveau clinique et, par extension, l'aspect administratif.

Les intervenants rencontrés mentionnent aimer travailler dans ce milieu, les gestionnaires soulignent les bons coups et les attribuent aux personnes qui se sont démarquées dans leur travail. Un geste apprécié par les intervenants qui le reçoivent comme un signe de reconnaissance du travail accompli.

Il y a des présentations et discussions de cas cliniques de façon régulière, aux 6-8 semaines. Les membres de l'équipe mentionnent la pertinence et la stimulation que donnent ces moments de rencontre. Les rencontres de l'équipe permettent un moment privilégié à la fois stimulant et motivant pour l'équipe interdisciplinaire tout en leur permettant de mieux comprendre les réalités de la clientèle desservie.

Il y existe un processus de soutien et des ressources pour la formation continue. Tout le personnel clinique bénéficie d'une mise à jour de sa certification en RCR (réanimation cardiorespiratoire). Le personnel profite également de formations ou de mises à jour des connaissances sur une base régulière, entre autres, le programme de formation du personnel sur la prévention des chutes, le dépistage visuel, la formation annuelle sur les pompes à perfusion et autres formations. La collaboration et les liens de partenariat sont établis entre les promoteurs de RI et la direction des soins et des services à domicile (SAD). L'équipe souhaiterait recevoir la formation sur les troubles graves de comportement afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle aux prises avec des problèmes de comportements. L'équipe favorise la venue de stagiaires.

Lors des visites à domicile, toute l'empathie et la compassion d'un infirmier auprès d'un client âgé avec mobilité réduite a été observée. Il était possible de ressentir la satisfaction du client concerné par le service rendu. Pour ce client, l'intervention de cet intervenant était une plus-value dans sa journée.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les équipes se rencontrent régulièrement afin de revoir certains protocoles, les procédures, revoir le progrès des projets d'amélioration de la qualité et identifier d'autres possibilités d'amélioration. Il existe un guichet d'accès fonctionnel et efficace avec aucune liste d'attente.

Les équipes évaluent régulièrement les services et le fonctionnement de l'équipe. Les équipes ont identifié des priorités en ordre d'importance : l'accessibilité aux soins et services, la sécurité du patient, les mécanismes de communication, le travail d'équipe, les besoins d'apprentissage, la valorisation des individus et l'« empowerment » des gens.

Il faut souligner les bons coups de l'équipe pour le travail colossal déployé pour compléter les outils d'évaluation multiclientèles (OEMC). Ceci a été réalisé par le personnel du RSIPA (soins intégrés aux personnes âgées) à 100 % pour l'ensemble des dossiers clients. L'outil est aussi utilisé pour recueillir de l'information et des points de vue du client par rapport à la qualité des soins et des services et le soutien offert par les intervenants du SAD. Plusieurs outils de communication, des dépliants et des feuillets d'informations sur les services des soins à domicile sont distribués aux clients et à leur famille. Le rôle du gestionnaire de cas est bien connu du personnel.

La sécurité de la clientèle fait partie du quotidien de l'ensemble du personnel. Le personnel participe régulièrement à des séances d'information sur la sécurité dans le but d'échanger sur des problématiques rencontrées et afin de diminuer les risques et d'améliorer la qualité des soins et des services. La culture de sécurité est bien enracinée, appuyée par des mécanismes, des politiques et procédures pour la déclaration et le suivi des événements indésirables.

Une pièce de théâtre a été réalisée par l'équipe SAD soulignant l'importance de la formation continue en lien avec l'utilisation des pompes à perfusion. Lors de la Journée internationale de sensibilisation contre les abus envers les aînés, l'équipe a produit des napperons qui ont été distribués dans tous les restaurants du quartier du CSSS, dans le but de faire du repérage de clientèle à risque. Ceci témoigne de la grande créativité de l'équipe.

L'équipe a bénéficié du projet pilote provincial pour l'implantation des systèmes d'information clinique OACIS et GDE. Le personnel rencontré mentionne les avantages et le privilège d'avoir eu l'occasion d'implanter un tel système : la traçabilité des données, les consultations en ligne des suivis du patient par les divers intervenants et autres fonction. Aussi, le fait d'avoir un dossier informatisé permet à la fois la standardisation des notes évolutives et la recherche d'éléments dans le dossier qui est d'autant facilitée. La rigueur et la qualité au niveau de la documentation utilisée et ce, en lien avec les données probantes, ont été constatées.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe examine régulièrement les lignes directrices et ajuste ses pratiques afin d'être conforme avec les meilleures pratiques. Divers outils de prise de décision sont développés comme des indicateurs et des tableaux de comparaison. Des analyses des résultats découlent des plans d'action et sont rédigées avec les divers acteurs impliqués, entre autres, avec la participation de la direction des soins infirmiers et soins multidisciplinaires. Une diffusion élargie des résultats est par la suite effectuée auprès des directions concernées et à l'ensemble des intervenants de la direction.



## Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe mesure plusieurs indicateurs de performance administrative, clinique et de processus, tels que les incidents, accidents, chutes, erreurs de médicaments, temps d'attente au SAD. Des possibilités d'amélioration sont discutées et l'équipe apporte des améliorations au besoin.

L'équipe est encouragée à formaliser son processus d'évaluation de satisfaction de la clientèle, des intervenants et des partenaires. Advenant une insatisfaction, celle-ci est prise immédiatement en considération et des moyens sont mis en place pour y remédier, lorsque cela est possible.

### 3.2.17 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>	
1.8 L'équipe interdisciplinaire suit un processus officiel pour évaluer régulièrement son mode de fonctionnement, définir ses priorités et apporter les améliorations nécessaires.	
<b>Ensemble de normes : Services de chirurgie</b>	
7.14 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. 7.14.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.	  <b>PRINCIPAL</b>
10.5 L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments.	
15.3 Le personnel et les prestataires de services participent régulièrement à des séances d'information sur la sécurité où il est question des problèmes de sécurité potentiels, de la réduction des risques d'erreurs et de l'amélioration de la qualité des services.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Les cadres des deux équipes rencontrées font preuve d'un engagement et d'un dynamisme exemplaire et les employées rencontrées apprécient leur direction, leur travail et leur milieu de travail.

Les équipes et l'organisme doivent être félicitées pour plusieurs succès: le premier étant la capacité de répondre en temps opportun à la demande de services en chirurgie et la fluidité du processus, de la première visite au médecin jusqu'au congé et au suivi. Le deuxième est celui du programme d'arthroplastie qui est le modèle du genre et auquel se greffe un projet de recherche universitaire.

L'équipe de chirurgie s'est distinguée avec le prix sur le lavage des mains. Il faut également signaler son effort pour la clientèle gériatrique en adoptant l'approche gériatrique en milieu hospitalier.

Les équipes procèdent à des audits et améliorent différents processus liés à la sécurité des patients et à la qualité des soins. Il serait souhaitable, que ces activités fassent une plus large part à l'ensemble des membres des équipes interdisciplinaires et qu'elles soient plus structurées et systématiques c'est à dire que les

objectifs de service, le choix des indicateurs, les cibles à atteindre, l'analyse des résultats et des données réunies soient faits en équipe; à titre d'exemples, les audits, les pourcentages d'infection, la révision des lignes directrices, le choix des activités d'amélioration de la qualité et leurs résultats et autres activités.

L'équipe est encouragée à mettre en place le tableau: «Espace amélioration continue». Il facilitera la participation du personnel.

L'équipe est encouragée à reproduire l'excellence qu'elle a réussi à atteindre avec l'arthroplastie dans d'autres secteurs. Les efforts que l'équipe consacre au rapatriement de sa clientèle orthopédique via sa nouvelle formule de demande de consultation et son équipe d'évaluation/triage des patients en fonction de leurs besoins sont à signaler. Le projet vise, à la fois, l'amélioration de la qualité et de l'accès. L'organisme est encouragé à poursuivre l'informatisation de ses processus et dossiers et faciliter l'accès aux différentes sources d'information disponibles; par exemples les bases de données spécialisées, les guides de pratique, les outils d'analyse et autres informations.

L'utilisation des conseillers cliniques pour superviser et encourager la mise à jour des guides de pratique clinique fondés sur des données probantes est une excellente initiative.

## Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

### 4.1 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 : 7 janvier 2014 au 30 mai 2014
- Nombre de réponses : 1

#### 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	92
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	94
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	0	100	95
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	92

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	0	0	100	89
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	0	100	92
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	0	100	95
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	0	0	100	94
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	93
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	0	100	91
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	0	0	100	88
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	0	100	92
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	0	0	100	93
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	0	100	86
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	0	100	97
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	93

	% 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	97
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	0	0	100	82
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	0	0	100	66
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	0	0	100	62
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	79
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	0	0	100	56
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	79
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	0	0	100	80
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	0	0	100	66
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	0	100	94
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	0	100	81
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	93



	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	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	91
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	85
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	0	0	100	78
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	0	100	85
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	0	100	91
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	0	100	91
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	0	0	100	85
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	88

\*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 2014 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## 4.2 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

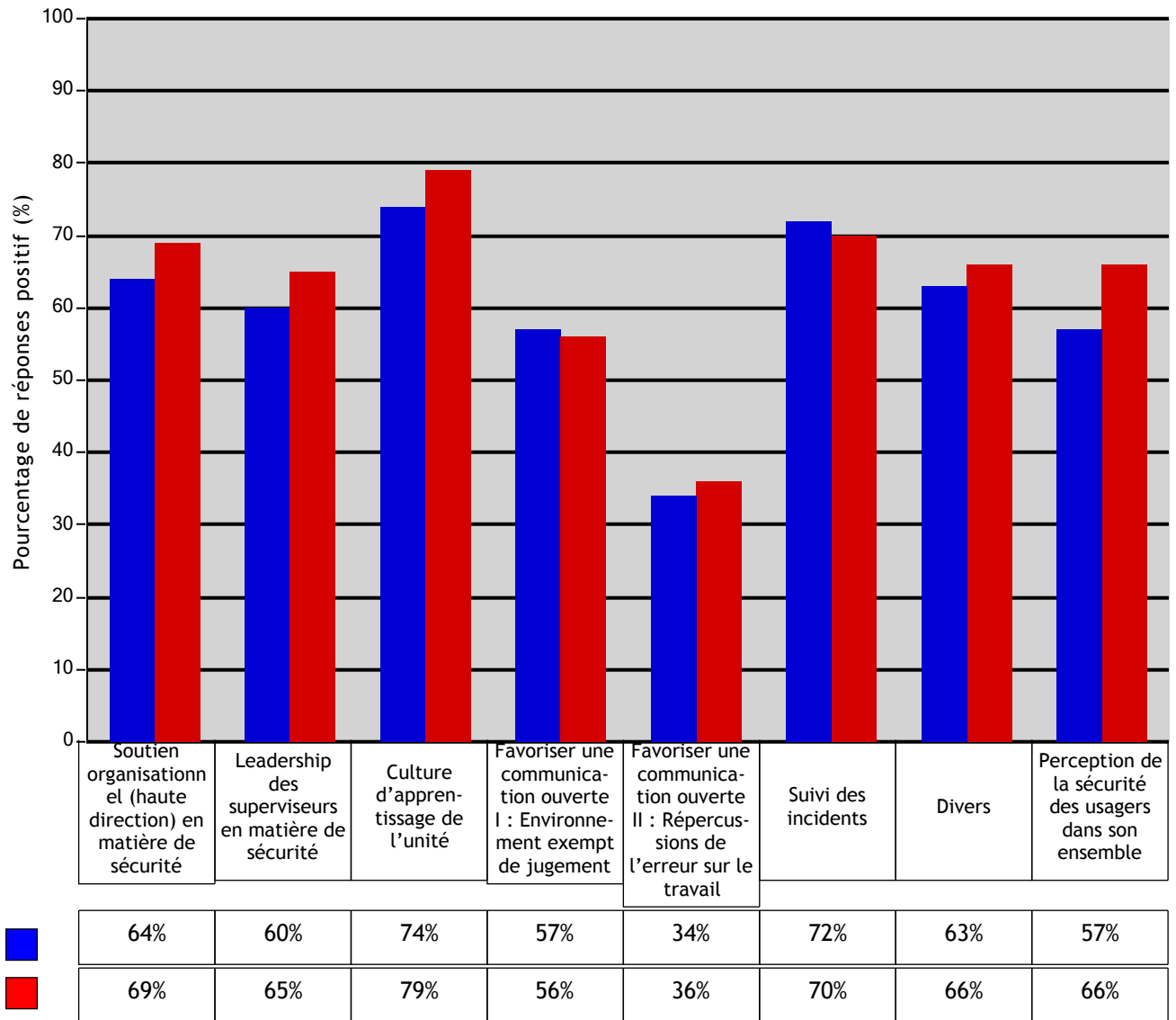
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 7 janvier 2014 au 4 avril 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 284
- Nombre de réponses : 394

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



Légende

- Centre de santé et de services sociaux du Coeur-de-l'île
- \* Moyenne canadienne

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

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

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

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

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

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

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

---

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

## Mobilisation :

Comparaison entre le degré de mobilisation du personnel du CSSS Coeur-de-l'Île et celui observé dans d'autres établissements de taille similaire

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 671			Autres établissements du Québec n = 16982		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	74,00	73,00	75,00	78,00	75,00	79,00
JAUNE	Implication	75,00	73,00	76,00	74,00	71,00	77,00
JAUNE	Collaboration	73,00	72,00	75,00	78,00	75,00	79,00
JAUNE	Soutien	66,00	64,00	68,00	70,00	66,00	74,00
JAUNE	Communication	65,00	63,00	67,00	68,00	63,00	71,00
ROUGE	Leadership	58,00	56,00	60,00	71,00	67,00	74,00

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

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

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

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

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

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

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

---

(2) Horowitz, J. (2000)

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

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

## Clientèle hébergement :

Comparaison du degré de conformité aux attentes et aux besoins de la clientèle hébergée du CSSS Coeur-de-l'Île 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	83,00	80,00	85,00	86,00	84,00	87,00
JAUNE	Prestation professionnelle	79,00	76,00	82,00	84,00	82,00	85,00
JAUNE	Organisation des services	80,00	78,00	83,00	83,00	81,00	85,00

## Clientèle CH et CLSC :

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS du Coeur-de-l'Île et celui observé dans des établissements comparables

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 787			Autres établissements du Québec n = 11087		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	88,00	87,00	89,00	89,00	88,00	91,00
JAUNE	Prestation professionnelle	85,00	84,00	86,00	87,00	86,00	90,00
JAUNE	Organisation des services	82,00	81,00	83,00	84,00	80,00	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.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic - Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic - Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.