



AGRÉMENT CANADA



Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

Rédigé pour :
Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's

Québec, QC

Dates de la visite :
21 au 25 mars 2010

7 avril 2010



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Agréé par ISQua

À propos du présent rapport

Les résultats de cette visite d'agrément figurent dans le présent rapport qui a été préparé par Agrément Canada à la demande de l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's.

Le présent rapport est rédigé à partir de renseignements fournis à Agrément Canada par l'organisme. Agrément Canada se fit à l'exactitude des renseignements qu'il a reçu pour mener la visite d'agrément et préparer le rapport. Le contenu du présent rapport fera l'objet d'une révision de la part d'Agrément Canada. Toute modification du rapport compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme suivant : Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

Agrément Canada encourage l'organisme à divulguer l'information qu'il contient auprès des clients, de la communauté, des membres du conseil d'administration, du personnel et d'autres intervenants, et ce, en vue de favoriser la transparence.

Table des matières






Au sujet du rapport.....	ii
Sommaire de la visite d'agrément.....	1
Commentaires généraux des visiteurs.....	2
Commentaires de l'organisme.....	3
Analyse selon les dimensions de la qualité.....	5
Aperçu par section de normes.....	6
Aperçu par pratique organisationnelle requise (POR).....	7
Résultats détaillés de la visite d'agrément.....	9
Résultats de mesures de rendement.....	49
<i>Résultats découlant des outils</i>	49
<i>Résultats découlant des indicateurs</i>	60
Prochaines étapes.....	62
Annexe A - Directives relatives à la détermination du type d'agrément.....	63

Au sujet du rapport

Le rapport d'agrément contient les constatations découlant de la visite d'agrément de l'organisme. Par les commentaires et les possibilités d'amélioration présentés dans le rapport, Agrément Canada compte aider l'organisme à améliorer les soins et les services qu'il offre à sa clientèle et à la communauté.

Légende

Un certain nombre de symboles sont utilisés tout au long du rapport. Veuillez vous reporter à la légende ci-dessous pour obtenir une description de ces symboles.

-  Les éléments pour lesquels un signal d'alerte VERT a été émis n'auront pas à faire l'objet d'améliorations. Il n'est pas nécessaire de fournir des preuves des mesures prises pour ces secteurs.
-  Les éléments pour lesquels un signal d'alerte JAUNE a été émis devront faire l'objet de certaines améliorations. L'équipe devra fournir des preuves des mesures prises pour chaque élément pour lequel un signal d'alerte jaune a été émis.
-  Les éléments pour lesquels un signal d'alerte ROUGE a été émis devront faire l'objet d'importantes améliorations. L'équipe devra fournir des preuves des mesures prises pour chaque élément pour lequel un signal d'alerte rouge a été émis.
-  Les pratiques exemplaires sont des pratiques appliquées par l'organisme et qui ont un lien avec les normes. Alors que les forces sont reconnues pour ce qu'elles offrent à l'organisme, les pratiques exemplaires sont dignes de mention pour ce qu'elles peuvent apporter au milieu en général.
-  Les éléments pour lesquels il y a une flèche dirigée vers le haut sont liés à un critère à risque élevé.

Sommaire de la visite d'agrément

Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's

Cette section du rapport offre un sommaire de la visite d'agrément et la décision relative au type d'agrément.

Dates de la visite 21 au 25 mars 2010

Date d'émission du rapport : 7 avril 2010

Type d'agrément	Agrément avec condition
-----------------	-------------------------

Emplacements

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément :

- 1 Hôpital Jeffery Hale
- 2 Saint Brigid's
- 3 Services communautaires de langue anglaise

Secteurs de services

Les secteurs de services suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément :

- 1 Banque de sang et services transfusionnels
- 2 Gestion des médicaments
- 3 Imagerie diagnostique
- 4 Laboratoire
- 5 Réadaptation
- 6 Service des urgences
- 7 Services de santé communautaire
- 8 Soins ambulatoires
- 9 Soins de longue durée
- 10 Soins et services à domicile
- 11 Stérilisation et retraitement des instruments et appareils médicaux

Commentaires généraux des visiteurs

Les commentaires généraux concernant la visite sont fournis :

Points forts pour l'ensemble :

L'ensemble du personnel reste centré sur les résidents et les clients; les commentaires nous sont venus tant des clients que des familles.

Le souci de sécurité des résidents et des patients est aussi omniprésent.

Nous avons fort bien perçu les efforts pour harmoniser les pratiques de gestion des ressources humaines sur les deux sites.

Plusieurs améliorations ont été amorcées et méritent d'être complétées.

Mentionnons la participation du conseil d'administration à l'élaboration de la mission et du plan stratégique.

Il reste à mesurer les résultats des efforts d'améliorations, et ce, sur une base continue.

Il devrait y avoir des indicateurs dans la plupart des services et ceux-ci pourraient être sous la forme de tableau de bord pour transmission au conseil d'administration et dans l'établissement.

Il y aurait avantage à implanter un programme formel de reconnaissance des employés au regard de l'amélioration continue de la qualité.

Réussites au niveau du "leadership" :

Le plan d'organisation est clair, bien structuré et approprié à votre nouvel organisme fusionné : Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's. Ce plan décrit bien l'ensemble des services offerts à la population en conformité avec votre mission.

Mobiliser l'organisation en si peu de temps pour la visite d'agrément reflète votre volonté et votre engagement envers l'amélioration continue de la qualité.

Défis rencontrés par le "leadership" :

L'intégration des cultures des deux sites demeure un défi à compléter et à appliquer dans votre documentation comme dans vos actions incluant les pratiques administratives et cliniques.

Communications entre les divers paliers :

Plusieurs publications de bulletins, pamphlets, etc. sont disponibles pour la clientèle, le personnel et la communauté en général. Parmi ceux-ci, notons "Action - Prévention" et "Entre Nous".

Il faut souligner la transparence dans la transmission de l'information administrative et clinique, par exemple les taux d'infection, les erreurs de médicaments, le niveau de recrutement, etc.

La qualité du site web et du site intranet ainsi que l'information qui y est véhiculée mérite d'être soulignée.

La disponibilité d'un réseau sans fil à l'urgence est une attention remarquée et remarquable envers la clientèle qui, de cette façon, ne voit plus le temps d'attente.

La grande disponibilité et la grande proximité des cadres auprès de leur personnel rend le milieu ouvert et attentif et rend l'organisme capable de réagir rapidement.

Liens entre l'organisme et la communauté :

L'organisation est près de la communauté qu'elle dessert. À preuve, l'organisation du colloque "Seniors Health Promotion Symposium : Sharing Best Practices of the English Speaking Community from Across Quebec" avec les partenaires "Centre Cummings" et "Réseau communautaire de santé et de services sociaux".

La participation de nombreux employés à plusieurs tables régionales et locales permet la présence constante de la communauté d'expression anglaise au coeur des orientations et des décisions en santé et services sociaux qui la concernent.

Commentaires de l'organisme

Les commentaires suivants ont été fournis à Agrément Canada après la visite d'agrément.

Commentaires de l'organisme
suivant la visite d'Agrément Canada

Le 1er avril 2010

De façon générale, notre établissement est fort satisfait du processus d'agrément et plus particulièrement de la visite d'Agrément et de la contribution et du soutien de la part des visiteurs.

D'un début plus ardu, où les communications entre Agrément Canada et notre responsable de dossier furent plus difficiles à construire, a émergé une belle complicité constructive dans les derniers mois qui ont permis de bien cibler nos actions prioritaires et atteindre nos objectifs.

Il est clair que nous ne pouvions pas compter sur des conditions de réussite optimales pour une démarche d'Agrément. Le départ de deux de nos cinq directeurs à la sortie d'une période difficile marquée par la pandémie de grippe, mais particulièrement par un manque aigu d'effectif qui devait absolument être adressé en priorité, nous inquiétait quant à notre capacité de réussir. Le fait que nous ayons pu atteindre un certain niveau de succès dans ces conditions peu favorables, témoigne d'un effort collectif impressionnant. Savoir que nous avons été en mesure de relever ces défis est particulièrement encourageant et augure très bien pour la poursuite de nos activités liées à l'amélioration continue de nos soins et services et l'effort soutenu qui sera requis.

Nous retenons de cette expérience d'Agrément initiale, l'importance de consacrer des ressources clinico-administratives suffisantes pour soutenir les activités liées à l'amélioration continue, la formation qu'elle exige, la gestion des risques et la sécurité, ainsi qu'à l'évaluation des résultats obtenus. Depuis longtemps, l'établissement subit les effets d'un sous-financement historique important. En tentant de se conformer à la Loi sur l'équilibre budgétaire, il n'a pas pu investir suffisamment à cet égard. Le conseil d'administration est depuis longtemps mal à l'aise de se retrouver dans un conflit de lois, entre celle qui lui exige des services sécuritaires de qualité, auquel il adhère pleinement, et celle l'obligeant à l'équilibre budgétaire. Le 23 mars, il a choisi de réaffirmer par résolution, la primauté de l'obligation de résultats en regard de la qualité et de la sécurité des soins et services et du processus d'Agrément qui y est associé, et d'agir en conséquence.

Cet engagement renouvelé vise à permettre que l'établissement maintienne le cap sur les améliorations importantes qu'il a toujours à compléter. Les recommandations d'Agrément Canada à cet égard, nous seront d'un précieux conseil.

Déjà, certains correctifs ou mises au point ont été actualisés, et les preuves de conformité seront fournies à Agrément Canada comme exigé.

Nous sommes conscients du défi que représente la conformité aux normes relatives aux activités de notre laboratoire. Une orientation régionale visant l'intégration des laboratoires communautaires comme le nôtre à un laboratoire de première importance, tarde à s'actualiser même si nous y consentons depuis la première heure. Nous sommes encouragés d'apprendre l'embauche récente d'une nouvelle ressource experte au niveau régional ayant le mandat de réaliser la réorganisation planifiée des services de laboratoire dans la région. Nous comptons participer activement au processus en s'assurant de communiquer l'urgence d'agir dans l'intérêt d'assurer la conformité de notre petit laboratoire à défaut de quoi, nous adopterons localement les correctifs requis.

PROGRAMME QMENTUM

Appuyé sur les constats des forces du milieu qui sont l'engagement réel du personnel à assurer des services de qualité et sécuritaires, centrés sur la clientèle et leurs besoins particuliers, notre plan d'action sera déployé selon l'intensité requise pour atteindre l'ensemble des exigences d'Agrément Canada qu'elles soient à court ou à moyen terme. Il vise à solidifier et formaliser nos pratiques d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sur une base continue et, à cet égard, une structure de projet participative est déjà active. Notre plan concrétisera notre engagement réel d'offrir à l'ensemble de nos clientèles, des services sécuritaires et de qualité empreints de compassion.

Analyse selon les dimensions de la qualité

Le tableau qui suit offre un aperçu des résultats de l'organisme par dimension de la qualité. La première colonne énumère les dimensions de la qualité utilisées. Les deuxième, troisième et quatrième colonnes indiquent le nombre de critères auxquels l'organisme s'est conformé, le nombre de critères auxquels il ne s'est pas conformé et le nombre de critères qui ne s'appliquent pas. La dernière colonne indique le nombre total de critères pour chaque dimension de la qualité.

Dimension de la qualité	Conformité	Non-conformité	S.O.	Total
Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	58	6	1	65
Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	80	4	8	92
Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	309	41	114	464
Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	90	9	3	102
Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	95	8	12	115
Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	35	0	3	38
Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	509	109	90	708
Efficiency (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	54	6	1	61
Total	1230	183	232	1645

Aperçu par section de normes

La première colonne indique la section de normes qui a été utilisée. Les deuxième, troisième et quatrième colonnes indiquent le nombre de critères auxquels l'organisme s'est conformé, le nombre de critères auxquels il ne s'est pas conformé et le nombre de critères qui ne s'appliquent pas. La dernière colonne indique le nombre total de critères pour la section de normes.

Section de normes	Conformité	Non-conformité	S.O.	Total
Gouvernance durable	80	9	2	91
Efficacité organisationnelle	91	10	3	104
Prévention des infections	94	1	8	103
Banques de sang et services transfusionnels	36	1	127	164
Exigences particulières concernant les laboratoires biomédicaux	33	19	0	52
Laboratoires et banques de sang	93	66	17	176
Normes d'imagerie diagnostique	77	12	15	104
Normes de gestion des médicaments	117	9	9	135
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	71	13	13	97
Services de réadaptation	83	19	1	103
Services de santé communautaire	68	0	0	68
Services de soins de longue durée	115	2	2	119
Services des urgences	88	10	7	105
Soins ambulatoires	86	11	23	120
Soins et services à domicile	98	1	5	104
Total	1230	183	232	1645

Aperçu par pratique organisationnelle requise (POR)

Le tableau qui suit indique chacune des POR cernées lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière, ainsi que l'endroit où elles se trouvent dans les normes.

Critères	Pratiques organisationnelles requises
Efficacité organisationnelle 6.4	L'organisme adopte un mécanisme de déclaration des événements sentinelles, des événements défavorables et des incidents ou accidents évités de justesse, y compris un processus de suivi approprié. Le mécanisme de déclaration est conforme aux lois applicables et aux protections qu'offre la loi.
Normes de gestion des médicaments 19.4	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace sur les types de pompes à perfusion.
Services de réadaptation 4.4	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.
Services de réadaptation 7.4	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme avec la participation du client.
Services de réadaptation 11.3	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.
Services de réadaptation 15.2	L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les répercussions des chutes chez les clients.
Services de réadaptation 15.4	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.
Services de soins de longue durée 4.5	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.
Services de soins de longue durée 12.3	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.
Services des urgences 8.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client après le triage avec la participation du client.
Services des urgences 10.5	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.
Soins ambulatoires 17.3	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.

PROGRAMME QMENTUM

Critères	Pratiques organisationnelles requises
Soins et services à domicile 11.3	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.

Résultats détaillés de la visite d'agrément

Processus touchant l'ensemble du système et infrastructure

Cette partie du rapport porte sur les processus et l'infrastructure qui sont nécessaires pour soutenir la prestation de services. Dans le contexte régional, cette partie du rapport met aussi l'accent sur l'uniformité de la mise en oeuvre et de la coordination de ces processus dans l'ensemble du système. Parmi les secteurs précis qui sont évalués figurent les suivants : gestion intégrée de la qualité, planification et conception des services, attribution des ressources, et communication dans l'ensemble de l'organisme.

Constatations

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière. Après la visite, une fois que l'organisme aura eu l'occasion d'accorder un suivi aux critères nécessaires et de fournir des preuves des mesures prises, l'information relative aux critères sera mise à jour afin de démontrer qu'un suivi a été accordé.

Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins de la communauté et de la population desservies.

Commentaires des visiteurs

Le comité d'éthique est actif. Un dépliant a été produit en anglais et en français et ce document a été largement diffusé. La formation auprès des personnes de l'organisation inclut des jeux de rôles et des mises en situation.

Les bénévoles sont très actives dans l'organisation. Elles organisent plusieurs activités au cours de l'année afin d'améliorer la qualité de vie des clients.

L'organisation a une longue histoire d'implication dans des activités de promotion de la santé par l'implication dans la communauté via les services communautaires.

Le conseil d'administration est actif dans la communauté. Les membres sont impliqués et engagés envers leur organisation et la qualité et la sécurité des soins et services qui y sont offerts.

Les membres du conseil d'administration doivent entreprendre une consultation plus soutenue auprès de leurs partenaires dans la communauté afin que ces derniers contribuent à la rédaction d'une mission claire et des orientations partagées par l'ensemble. Lorsque cette étape est complétée, la consultation à l'interne doit aussi être faite afin que le personnel et les bénévoles puissent à leur tour contribuer et comprendre la place qu'occupe leur organisation dans le réseau des services offerts à la population.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Gouvernance durable		
Lorsqu'il élabore la mission, le conseil d'administration obtient des commentaires des partenaires internes et externes.	1.2	
Le conseil d'administration passe en revue la mission et y apporte des changements lorsque survient un changement dans le milieu, dans l'étendue des services ou du mandat.	1.4	
Lorsqu'il définit la vision et les objectifs stratégiques, le conseil d'administration obtient les commentaires des partenaires à l'interne.	2.2	

Gestion des ressources

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

Commentaires des visiteurs

Les ressources financières dans l'ensemble sont bien gérées. L'équipe est dynamique et a déjà apportée beaucoup d'ajustements positifs tel que l'intégration des établissements au plan financier. Cependant la rétroaction du personnel au processus budgétaire devrait se faire à l'ensemble des services et le rendement financier pourrait être amélioré pour mieux mesurer les impacts financiers de certains événements (ex.: tableau de bord).

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Efficacité organisationnelle		
Les dirigeants de l'organisme préparent les budgets annuels de fonctionnement et des immobilisations en fonction de ses politiques et mécanismes financiers.	9.6	
Les dirigeants de l'organisme surveillent le budget et produisent régulièrement des rapports sur le rendement financier.	9.7	

Capital humain

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

Commentaires des visiteurs

Le départements des ressources humaines est très bien structuré. L'équipe est dynamique et très motivée. Très bon Leadership.

La philosophie des ressources humaines favorise l'implication du personnel terrain dans le processus de décision, ce qui est excellent.

Très bon suivi des indicateurs.

La révision du profil de postes n'est pas complétée.

L'évaluation sur le rendement des employés n'est qu'à 12%.

Les entrevues de départs devraient être faites d'une manière plus systématique.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Efficacité organisationnelle		
Les dirigeants de l'organisme élaborent et mettent régulièrement à jour un profil pour chaque poste.	12.5	
Les dirigeants de l'organisme mettent en oeuvre les politiques et procédures qui permettent de surveiller le rendement.	12.9	
Les dirigeants de l'organisme mènent des entrevues de départ auprès des personnes et ils utilisent cette information pour améliorer les stratégies de dotation et de rétention.	12.11	
Gouvernance durable		
Le conseil d'administration a un processus qui lui permet d'évaluer régulièrement son rendement.	7.1	↑
L'évaluation porte aussi sur la structure du conseil d'administration, y compris la taille et la structure des comités.	7.2	↑
Le conseil d'administration examine la contribution de ses membres et fournit à chacun des commentaires.	7.3	
Le conseil d'administration évalue régulièrement son propre fonctionnement en tant qu'équipe au moyen de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance.	7.4	
Le conseil d'administration assure la surveillance de son fonctionnement en utilisant l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance au moins une fois tous les trois ans.	7.4.1	

Les scores du conseil d'administration par rapport à l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance correspondent au seuil indicateur. 7.4.2

Gestion intégrée de la qualité

Processus continu, proactif et systématique pour comprendre, gérer et communiquer la qualité dans l'ensemble du système afin d'atteindre les buts et les objectifs.

Commentaires des visiteurs

Les processus pour la gestion de la qualité sont bien implantés. On peut observer l'accomplissement de belles réalisations ainsi que les efforts qui ont été mis afin que ces processus soient bien ancrés. L'équipe de la gestion intégrée de la qualité est très dynamique et motivée.

Un engagement envers la reconnaissance du personnel pour des travaux reliés à l'amélioration de la qualité.

Dans le suivi d'événements indésirables, dans certains cas (laboratoire), le processus n'est pas complété. Ceci pourrait être dû aux différents systèmes de déclaration (les laboratoires n'utilisent pas le formulaire du MSSS sur les accidents/incidents). Standardiser tout l'organisme avec un seul formulaire pourrait améliorer ce genre de situation.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Efficacité organisationnelle		
L'organisme adopte un mécanisme de déclaration des événements sentinelles, des événements défavorables et des incidents ou accidents évités de justesse, y compris un processus de suivi approprié. Le mécanisme de déclaration est conforme aux lois applicables et aux protections qu'offre la loi.	6.4	↑
Des améliorations sont effectuées après une enquête ou un suivi.	6.4.2	
Les efforts des dirigeants de l'organisme, du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et des stagiaires en matière d'amélioration de la qualité sont reconnus.	7.5	↑
Gouvernance durable		
Le conseil d'administration démontre un engagement envers la reconnaissance du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et des stagiaires pour leurs travaux d'amélioration de la qualité.	15.7	

Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Détermination des problèmes et dilemmes d'éthique et prise de décisions à leur égard.

Commentaires des visiteurs

Le pamphlet sur le code d'éthique est excellent et très bien diffusé. Cependant, la responsabilité de l'éthique devrait être mieux définie dans l'organigramme. De plus, un comité de bioéthique est sur le point d'être formé.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Efficacité organisationnelle		
Le cadre conceptuel en matière d'éthique définit les processus officiels pour faire face aux problèmes et aux préoccupations liés à l'éthique.	5.4	↑
Les dirigeants de l'organisme désignent les personnes chargées de superviser le cadre conceptuel en matière d'éthique et les processus de résolution des problèmes d'éthique.	5.7	↑

Communication

Communication entre les divers échelons de l'organisme et avec les partenaires externes.

Commentaires des visiteurs

Les membres du conseil sont tous très engagés et impliqués dans la communauté et dans l'organisme. Les principaux partenaires tant externes qu'internes sont représentés au conseil; les communications avec ces partenaires sont donc directes et bidirectionnelles. Pour les autres, le conseil utilise principalement le réseautage comme moyen de communication. Les membres de l'équipe de communication doivent être félicités pour leur principales réalisations récentes dont le programme de communication basé sur l'intranet et l'internet, leur réseau sans fil dans la salle d'attente de l'urgence, la transparence de leur message, l'effort constant de contrôler les coûts sans réduire l'efficacité du message, etc. Dans le but de rejoindre tous les segments de leur population cible, les membres de l'équipe ne peuvent que vous féliciter de votre intention de reprendre la publication "wellness page".

Il est recommandé que le conseil joue un plus grand rôle dans la conception et l'élaboration de la mission, de la vision et de la planification stratégique.

Nous ne pouvons que vous encourager à maintenir votre intention d'implanter les outils qui vous permettront de vérifier la qualité des informations reçues.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Efficacité organisationnelle		
Les dirigeants de l'organisme évaluent régulièrement la qualité et l'utilité de ses données et de l'information, et améliorent les systèmes d'information de l'organisme.	13.5	
Gouvernance durable		
Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir un plan de communication.	11.3	

Installations

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires afin de réaliser la mission, la vision et les buts.

Commentaires des visiteurs

Les bâtiments sont bien entretenus. Les systèmes sont en place pour réduire l'impact des pannes et assurer la santé et la sécurité des patients. L'entretien préventif de ces systèmes est appliqué de façon rigoureuse. Belle initiative dans l'implantation de produits verts pour l'entretien ménager.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Préparation en vue de situations d'urgence

Faire face aux urgences et à d'autres aspects relevant de la sécurité publique.

Commentaires des visiteurs

Le plan des mesures d'urgence constitue une force de l'organisme; sa conception par pictogramme avec peu de texte, inspirée de celui du CSSS de la Vieille-Capitale, le rend facile à consulter et rapidement compris en cas d'urgence. L'organisme a recruté le concepteur de ce plan qui serait en processus de diffusion dans la région.

Un évènement sentinelle récent a mené à des mesures de correction pour en éviter la répétition. De plus l'évènement a mené à préciser certains aspects du plan des mesures d'urgence et paufiner la formation.

L'efficacité avec laquelle l'organisme a dû préparer le site non traditionnelle H1N1 mérite mention.

Il faut encourager l'organisme à implanter son plan d'exercices prévu et à parfaire les priorités d'exécution en cas d'urgence.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Services des urgences		
L'équipe participe à des exercices pratiques réguliers du plan de préparation aux situations d'urgence.	2.6	↑

Cheminement des clients

Déplacement sans heurt et en temps opportun des clients et de leurs familles entre les services et les milieux de soins appropriés.

Commentaires des visiteurs

La préoccupation constante pour maintenir le temps d'attente au minimum se doit d'être encouragé.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Normes d'imagerie diagnostique		
L'équipe interroge régulièrement les professionnels de la santé qui acheminent des clients sur la façon dont les délais d'accès aux services diagnostiques nuisent à leur capacité de fournir des soins à leurs clients, et définit avec eux des stratégies permettant d'améliorer la transmission des résultats en temps opportun.	2.3	

Équipement et appareils médicaux

Matériel et technologies conçus pour aider au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Commentaires des visiteurs

Les personnes ressources qui effectuent les tâches le font très bien. Les processus utilisés sont sécuritaires comme, par exemple, les indicateurs de la qualité de la stérilisation. Le retraitement en endoscopie est effectué de façon efficace et bien encadrée.

La modernisation du processus de stérilisation demeure toutefois un défi important à rencontrer pour l'organisation. Les espaces sont inadéquats comme les croisements des articles propres-souillés ou les surfaces poreuses des comptoirs du local de stérilisation. L'organisme devra prendre une décision concernant la poursuite de ses activités de stérilisation dans son établissement. Nous croyons que pour rendre le service conforme, cela pourrait nécessiter des investissements majeurs.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables		
Tous les superviseurs et les membres du personnel qui participent aux activités de retraitement ont réussi un cours reconu sur le retraitement et la stérilisation.	2.4	
L'organisme effectue une évaluation initiale puis des évaluations annuelles des compétences des membres du personnel affectés au retraitement et à la stérilisation.	2.5	
L'organisme conserve des dossiers faisant état de la formation, du perfectionnement et des évaluations de compétences.	2.7	
Pour les planchers, les murs, les plafonds, les installations fixes, la tuyauterie et les surfaces de travail, l'organisme choisit des matériaux qui limitent la contamination, qui facilitent le nettoyage et la décontamination et qui ne répandent pas de particules ou de fibres.	3.6	
L'équipe fait le suivi des changements apportés aux politiques, aux PON, aux normes de pratique et aux directives des fabricants grâce à un système de contrôle documentaire.	4.10	
Les nouvelles PON et leurs mises à jour sont approuvées par écrit par les dirigeants d'équipe.	4.11	
L'équipe dispose d'un système de la gestion de la qualité consigné pour ses services de retraitement et de stérilisation, qui intègre les principes de l'appréciation de la qualité, de la gestion des risques et de l'amélioration continue.	12.1	
Dans le cadre du système de la gestion de la qualité, l'équipe de retraitement effectue une vérification annuelle des activités de retraitement et de stérilisation et elle produit des rapports officiels à la haute direction de l'organisme.	12.2	
Les documents du système de la gestion de la qualité sont mis à la disposition du personnel et des membres de l'équipe.	12.3	
Dans le cadre du système de la gestion de la qualité, l'équipe forme le personnel pour déceler et évaluer les risques, les classer par ordre de priorité, les réduire et les faire connaître dans l'aire de retraitement.	12.4	↑

Les dirigeants d'équipe revoient régulièrement le système de la gestion de la qualité. 12.8

L'équipe participe à des vérifications périodiques. 12.9

L'équipe détermine les possibilités d'amélioration et apporte les changements ou les améliorations qui s'imposent. 12.10

Prévention des infections

L'organisme dispose d'un programme de contrôle de la qualité de ses processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des appareils ou instruments réutilisables. 12.18



Secteur ou service

Cette partie du rapport fournit de l'information sur la prestation de services sécuritaires de haute qualité. Parmi les secteurs spécifiques évalués figurent les suivants : l'épisode de soins, la gestion des médicaments, la prévention des infections ainsi que l'équipement et les appareils médicaux.

Constatations

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière. Après la visite, une fois que l'organisme aura eu l'occasion d'accorder un suivi aux critères nécessaires et de fournir des preuves des mesures prises, l'information relative aux critères sera mise à jour afin de démontrer qu'un suivi a été accordé.

Banques de sang et services transfusionnels

Laboratoires biomédicaux et banques de sang

Processus sécuritaires pour disposer du sang et des produits sanguins labiles, de la sélection du donneur et du prélèvement sanguin jusqu'au moment de la transfusion.

Commentaires des visiteurs

Le laboratoire n'effectue pas d'analyses de banques de sang car ces analyses préliminaires sont effectuées par le CHUL, avant le transfert des unités de sang ou de produits sanguins au Jeffery Hale.

Le processus de transfusion de sang demeure sécuritaire et bien encadré.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'établissement s'est doté d'une procédure opératoire normalisée pour les prélèvements sanguins. Référence de la CSA : Z902-04, 10.3.1	17.1	

Exigences particulières concernant les laboratoires biomédicaux

Services de diagnostic - Laboratoires

Disponibilité de services de laboratoires pour fournir aux praticiens des soins de santé de l'information sur la présence, la gravité et les causes des problèmes de santé ainsi que sur les procédures et les processus utilisés par ces services.

Commentaires des visiteurs

Le processus de traitement des analyses est efficace pour les spécimens habituels mais l'évaluation de la qualité des analyses n'est pas effectuée formellement comme l'analyse des incidents ou le suivi des mesures correctives.

On ne retrouve pas de procédures pour répondre aux événements particuliers comme les requêtes verbales, les spécimens reçus en dehors des heures d'ouverture du laboratoire, les spécimens qui coulent ou sont non conformes. Elles ne sont pas encadrées suffisamment pour assurer la reproductibilité du traitement de ces procédures.

La gestion des analyses hors laboratoire (AHL) ne répond pas aux normes.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Le laboratoire dispose d'une procédure écrite pour répondre aux requêtes qu'il reçoit verbalement. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.4.13	1.2	
Les utilisateurs des services de laboratoire connaissent la marche à suivre pour faire une requête et s'y conforment. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.4.1	1.6	
Le laboratoire suit un processus pour le traitement des spécimens après les heures d'ouverture.	3.3	↑
Le laboratoire accepte ou refuse chaque échantillon selon les critères établis. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.4.8	3.5	
Le laboratoire manipule les échantillons qui coulent ou les requêtes contaminées de manière sécuritaire.	3.6	↑
Le laboratoire met les procédures d'opération normalisées (PON) à la disposition des usagers de ses services pour le traitement des échantillons et des spécimens. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.4.2, 5.5.1, 5.5.3	4.1	

Le personnel autorisé du laboratoire décide quelles analyses sont nécessaires et quelles PON doivent être appliquées. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.4.2, 5.5.3	4.2	
Les PON comprennent des procédures qui ont été validées et confirmées en vue de leur utilisation. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.5.2	4.3	
Les membres du personnel qui sont responsables de procédures spécifiques ont accès aux PON appropriées. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.4.2, 5.5.3	4.4	
Si des analyses sont réalisées hors-laboratoire, la personne appropriée a recours aux mêmes processus et procédures.	4.7	↑
Le personnel autorisé du laboratoire vérifie la pertinence des analyses effectuées. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.6.1	4.8	
L'organisme a précisé les situations pour lesquelles des tests et des analyses peuvent être effectués hors laboratoire.	6.1	↑
Le laboratoire a désigné des membres du personnel pour effectuer et vérifier les analyses hors laboratoire.	6.2	↑
Pendant la surveillance des analyses hors laboratoire, le laboratoire effectue un contrôle de la qualité pour chaque analyse.	6.3	↑
Le laboratoire fournit les rapports aux personnes appropriées dans les délais convenus. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.8.2, 5.8.11	7.12	
Le laboratoire extrait des indicateurs de qualité des résultats généraux des analyses.	8.1	↑
Le laboratoire informe les prescripteurs de leur performance individuelle.	8.2	
Le laboratoire fait une vérification des résultats globaux et analyse les tendances générales.	8.3	
Le laboratoire utilise cette information dans le cadre de son système de gestion de la qualité pour apporter des améliorations aux services qui seront offerts à l'avenir.	8.4	↑

Laboratoires et banques de sang

Services de diagnostic - Laboratoires

Disponibilité de services de laboratoires pour fournir aux praticiens des soins de santé de l'information sur la présence, la gravité et les causes des problèmes de santé ainsi que sur les procédures et les processus utilisés par ces services.

Commentaires des visiteurs

Les installations physiques du laboratoire sont adéquats et respectueux de l'environnement. L'équipement et les appareils médicaux répondent adéquatement aux besoins de la clientèle. L'entretien préventif de ces appareils est d'ailleurs bien structuré et efficace.

Les ententes et contrats avec les laboratoires sous-traitants du laboratoire devraient être élaborés formellement pour s'assurer qu'ils répondent bien aux exigences de l'établissement, même dans le contexte où les corridors de service découlent de recommandations de l'Agence régionale.

L'équipe du laboratoire doit compléter la rédaction de son manuel de ses politiques et procédures opératoires normalisées (PON) dans le but d'établir un système efficace de gestion de la qualité au laboratoire.

Le personnel du laboratoire est assidu au travail mais chacun pourrait profiter grandement d'une participation régulière à des activités de formation professionnelle.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Au moins une fois par année, le laboratoire recueille et revoit l'information concernant les volumes des services, le point de vue des clients au sujet des services, les tendances parmi les requêtes provenant des prestataires de services, et d'autres organismes. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.1.2	1.1	
Le laboratoire tient compte des connaissances actuelles concernant les meilleures pratiques et des activités d'amélioration de la qualité, ce qui inclut l'information la plus récente sur les erreurs et les événements indésirables.	1.3	↑
Le laboratoire vérifie la qualité des services fournis par les laboratoires sous-traitants et les consultants externes. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.5.1	3.1	
Le laboratoire veille à ce que tous les laboratoires sous-traitants et les consultants externes aient les compétences nécessaires pour effectuer les services demandés. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.5.1	3.2	

Le laboratoire revoit périodiquement ses ententes avec les laboratoires sous-traitants et les consultants pour vérifier qu'ils répondent aux exigences. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.5.2	3.3
Le laboratoire établit des relations de travail efficaces avec le personnel clinique, la direction et d'autres programmes et services, s'il y a lieu.	5.1
Le laboratoire suit des processus établis qui permettent de communiquer à l'intérieur du laboratoire et avec d'autres prestataires cliniques.	5.2
Le personnel du laboratoire se réunit régulièrement avec les cliniciens. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.7	5.3
Le laboratoire collabore avec des prestataires cliniques et d'autres membres du personnel pour évaluer et améliorer les services.	5.6
Il y a dans le laboratoire un superviseur technique désigné ou un directeur qui offre du leadership et qui remplit les fonctions de coordination à l'intérieur et à l'extérieur du laboratoire. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.1.3 et 5.1.4; Z902-04, 4.3.1.3	6.5
Le laboratoire revoit annuellement les rôles et les responsabilités de tous les membres du personnel, et il vérifie si les profils de postes sont respectés.	6.7
Le laboratoire évalue régulièrement ses besoins en matière de dotation et fait les changements qui s'imposent, le cas échéant.	6.8
Le laboratoire cerne les besoins de chaque membre du personnel en matière d'orientation et de formation continue. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.12.5 et 5.1.9; Z902-04, 4.3.2.1	7.1
Tous les membres du personnel participent régulièrement à des activités de perfectionnement professionnel. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.1.9, Z902-04, 4.3.2.2	7.2
Le laboratoire dispose d'un programme structuré pour évaluer les compétences. Référence de la CSA : Z902-04, 4.3.3.1	7.4

Le programme permet d'évaluer régulièrement les connaissances théoriques et pratiques grâce à diverses méthodes. Référence de la CSA : Z902-04, 4.3.3.1	7.5	
Le laboratoire consigne les résultats d'évaluation et de réévaluation de tout le personnel. Référence de la CSA : Z902-04, 4.3.3.1	7.6	
Le laboratoire offre de la formation supplémentaire lorsque des lacunes sont cernées en ce qui concerne la formation ou les compétences; et il réévalue les compétences après la formation, au besoin. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.1.11; Z902-04, 4.3.3.4	7.7	
Le laboratoire évalue annuellement l'efficacité de ses activités de formation, de perfectionnement et d'évaluation des compétences, et il consigne les résultats de cette évaluation. Référence de la CSA : Z902-04, 4.3.2.3 et 4.3.3.1	7.8	
Le laboratoire suit une politique établie pour transmettre les résultats critiques et sérieux directement aux clients, laquelle englobe la possibilité d'avoir recours à du counseling. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.8, 5.8.7 et 5.8.8; Z902-04, 5.1.9	9.4	↑
Le laboratoire dispose de procédures relatives à la mise en place et au maintien des PON. Référence de la CSA : Z902-04, 4.2.2.1	10.1	
Le laboratoire rédige ses PON avec clarté et concision et suivant la présentation établie. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.3.3; Z902-04, 4.2.2.2	10.2	
Le laboratoire consigne ses PON dans un manuel. Référence de la CSA : Z902-04, 4.2.1.4	10.3	
Le manuel de PON du laboratoire doit être mis à la disposition de tout le personnel en tout temps et dans tous les lieux de travail de l'établissement. Référence de la CSA : Z902-04, 4.2.2.3	10.4	
Le laboratoire révisé ses PON annuellement et plus souvent si cela est nécessaire. Référence de la CSA : Z902-04, 4.6.1.4	10.5	

<p>Le laboratoire fait le suivi des modifications apportées aux PON grâce à un système de contrôle documentaire. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.3.1 et 4.3.2; Z902-04, 4.2.2.4, 4.2.3 et 4.2.4</p>	10.6	
<p>Les cadres supérieurs approuvent les nouvelles procédures et celles qui sont révisées. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.3.2; Z902-04, 4.2.1.2</p>	10.7	
<p>Le laboratoire forme tout le personnel avant que les nouvelles PON ou les modifications ne soient mises en œuvre. Référence de la CSA : Z902-04, 4.2.2.5</p>	10.8	
<p>Le laboratoire évalue régulièrement l'efficacité de ses PON et y apporte les modifications nécessaires.</p>	10.9	
<p>Le laboratoire suit un processus normalisé et consigné pour apporter des changements aux dossiers des clients, les corriger et les mettre à jour. Référence de la CSA : Z902-04, 19.1.2 et 19.1.4</p>	11.3	
<p>Le laboratoire protège la confidentialité des rapports et les conserve en lieu sûr. Référence de la CSA : Z902-04, 19.1.6 et 19.1.7</p>	11.6	↑
<p>Le laboratoire élabore des mesures de protection, afin de protéger les données contre toute perte, destruction ou altération et contre tout accès par des personnes non autorisées. Référence de la CSA : Z15189-03, Annexe B : B.4, B.5.8, B.6.4, B.6.5, B.6.6 et B.7.2 à B.7.3; Z902-04, 20.6.2, 20.6.3</p>	12.8	↑
<p>Le laboratoire suit une procédure de prévention des infections qui est appliquée de manière à ne pas contaminer le matériel ou mettre la santé du personnel en danger. Référence de la CSA : Z902-04, 21.1.1</p>	14.4	↑
<p>Le laboratoire est sécuritaire et l'accès y est limité au personnel autorisé. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.2.7</p>	14.8	↑
<p>Le laboratoire surveille, inspecte et procède au calibrage de ses instruments en suivant les directives des fabricants. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.2.5 et 5.3.2</p>	16.2	

PROGRAMME QMENTUM

Le laboratoire révisé sur une base annuelle ses procédures relatives à l'entretien, à l'inspection et au calibrage des instruments et de l'équipement et les met à jour, au besoin. Référence de la CSA : Z902-04, 22.1.1	16.5	
Le laboratoire tient un dossier complet et à jour pour l'ensemble des inspections, le calibrage, la maintenance et l'entretien courant de chaque équipement et instrument. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.3.2 et 5.3.4; Z902-04, 22.3.1	16.6	
Le laboratoire protège l'équipement critique des fluctuations ou des interruptions de courant.	17.3	↑
Le laboratoire maintient un système d'alarme qui permet d'avertir le personnel de changements dans les conditions ou de dysfonctionnement, et il vérifie régulièrement le système. Référence de la CSA : Z902-04, 9.4.8	17.4	↑
Le laboratoire utilise un modèle standard et uniforme pour étiqueter tous les fournitures, réactifs et milieux de culture de façon appropriée.	18.4	
Le personnel du laboratoire se conforme à des directives écrites détaillées lorsqu'il prépare des fournitures, des réactifs ou des milieux de culture.	19.1	↑
Dans le laboratoire, une personne est chargée de la sécurité; elle élabore et maintient le programme, et en assure la surveillance.	21.1	
La personne chargée de la sécurité a l'autorisation de mettre fin à toute activité en laboratoire jugée dangereuse.	21.2	↑
La personne chargée de la sécurité en laboratoire mène annuellement une vérification du programme et apporte les changements nécessaires.	21.5	↑
Le laboratoire identifie toutes les entrées et les sorties des aires de travail en fonction des dangers et des risques qu'on y trouve.	22.2	↑
Le laboratoire forme tout le personnel à cerner les dangers et à y faire face en prenant le moins de risque possible.	22.3	↑
Le laboratoire revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents, et apporte des changements à ses politiques ou à ses activités de formation.	22.5	↑

Le laboratoire évalue régulièrement la conformité du personnel par rapport à son programme de sécurité et les comportements personnels sécuritaires. Référence de la CSA : Z902-04, 4.5.1.3	23.1	↑
Tous les membres du personnel portent l'équipement de protection individuelle (ÉPI), au besoin.	23.2	↑
Le personnel se conforme à des pratiques de sécurité à l'égard des produits biologiques lorsqu'il manipule, examine ou détruit des produits biologiques. Référence de la CSA : Z902-04, 4.5.2	23.4	↑
Le laboratoire surveille la conformité aux pratiques de travail sécuritaires. Référence de la CSA : Z902-04, 4.5.1.2	23.5	↑
Le laboratoire forme le personnel au sujet des nouvelles interventions ou des changements, et il évalue son rendement et ses compétences.	24.5	
Le laboratoire vérifie régulièrement si les interventions continuent à correspondre à un niveau de qualité et de rendement attendu, et consigne les résultats.	24.7	↑
La direction dispose d'un système structuré de gestion de la qualité. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.1.5, 4.12.4, 4.15.1, 4.15.3 et 4.15.4	25.1	↑
Le laboratoire 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. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.2.3, 4.2.4	25.2	↑
La direction du laboratoire délègue les principales tâches du système de gestion de la qualité, et transmet toutes les politiques au personnel. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.1.5, 4.2.1 et 4.2.4	25.3	↑
Dans le cadre du système de gestion de la qualité, le laboratoire évalue les résultats des procédures grâce à des contrôles internes, des vérifications de la compétence et des comparaisons entre laboratoires. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.2.2, 4.14.1, 4.14.2, 4.14.3; Z902-04, 4.3.3.2, 4.3.3.3, 4.3.3.4	25.4	↑

<p>Le laboratoire cerne les sources potentielles de non-conformité, ainsi que leurs causes profondes, met en œuvre et surveille les plans d'action en vue de prévenir la non-conformité en temps opportun.</p> <p>Référence de la CSA : Z15189-03, 4.9, 4.9.1, 4.9.2, 4.10.1, 4.10.2, 4.10.3, 4.11.1 et 4.11.2</p>	25.5	↑
<p>Le laboratoire met en œuvre et fait le suivi d'indicateurs de qualité en vue d'évaluer la contribution du laboratoire aux services aux patients et de communiquer ces résultats au personnel ainsi qu'aux autres programmes, services ou organismes.</p> <p>Référence de la CSA : Z15189-03, 4.9</p>	25.6	↑
<p>La direction du laboratoire s'appuie sur des indicateurs et des évaluations pour guider sa prise de décisions et pour faire apporter des améliorations continues à ses procédures et à son système général de gestion de la qualité, et ce, en temps opportun.</p> <p>Référence de la CSA : Z15189-03, 4.12 et 4.14.3</p>	25.7	↑
<p>Le laboratoire fait enquête sur tous les incidents en temps opportun.</p> <p>Référence de la CSA : Z902-04, 17.2.2, 17.2.3, 17.2.5 et 17.2.6</p>	26.2	↑
<p>Le laboratoire prend des mesures de prévention afin d'empêcher que des accidents, des incidents évités de justesse et des événements indésirables ne se reproduisent.</p> <p>Référence de la CSA : Z902-04, 17.1.2</p>	26.3	↑
<p>Le laboratoire surveille tous les incidents sur une longue période de temps et utilise l'information ainsi obtenue pour apporter des améliorations.</p>	26.4	↑
<p>Le laboratoire participe à des programmes externes de contrôle de la qualité.</p>	27.2	
<p>Le laboratoire se tient informé des changements qui surviennent dans l'élaboration de programmes de contrôle de la qualité.</p>	27.3	↑
<p>Le laboratoire conserve des enregistrements des résultats du contrôle de la qualité, des problèmes cernés et des mesures prises pour régler les problèmes.</p>	27.4	↑

Normes d'imagerie diagnostique

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

L'équipe tente de préserver la qualité des informations.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe détecte, signale, documente et analyse les incidents tels que les événements sentinelles, les incidents ou accidents évités de justesse et les événements indésirables au bon moment.	14.7	↑

Services de diagnostic -Services d'imagerie diagnostique

Disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour fournir aux praticiens des soins de santé de l'information sur la présence, la gravité et les causes des problèmes de santé ainsi que sur les procédures et les processus utilisés par ces services.

Commentaires des visiteurs

Les temps d'attente sont très courts pour l'accès aux services bien qu'ils allongent en échographie.

Le service est équipé d'instruments récents.

Le personnel est dévoué aux besoins des patients.

L'organisme est encouragé à maintenir ses efforts pour soutenir la formation continue de son personnel.

La mise à jour des procédures est faite en étroite collaboration avec le personnel quand elle n'est pas initiée par elle.

Par contre, en échographie les zones d'examen, d'interprétation et de décontamination devraient être séparées. De plus, la zone de décontamination mérite une ventilation.

L'organisme aurait avantage à bien assurer une priorité d'accès à sa population communautaire usuelle.

L'aménagement des vestiaires pour les clients mérite des améliorations pour faciliter l'accès aux personnes à mobilité réduite et permettre de laisser leurs objets de valeur en sécurité.

L'organisme aurait intérêt à mettre en place un mécanisme de conservation des versions antérieures de ses manuels de politiques et procédures.

L'arrimage des rapports entre le système local et le régional n'est pas toujours optimal ce qui consomme un temps technique significatif à la vérification.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

PROGRAMME QMENTUM

Critères	Norme	Mesures à prendre
Au moins une fois par année, l'équipe recueille et examine les données sur le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des clients sur les services ainsi que sur les tendances d'utilisation des différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	1.1	
L'équipe interroge régulièrement les professionnels de la santé qui acheminent des clients au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	1.2	
Les prestataires de services de l'équipe se rencontrent au moins une fois tous les trois mois afin de discuter de l'évolution des besoins des clients et d'apporter les changements nécessaires à leurs services.	1.3	
L'organisme peut régler la température et la ventilation des lieux.	4.5	↑
Pour des raisons réglementaires, les versions antérieures du manuel des politiques et des procédures sont conservées pendant au moins dix ans.	6.9	
Tous les secteurs servant au retraitement sont physiquement séparés des secteurs de soins aux clients.	7.5	↑
Tous les secteurs servant au retraitement des appareils d'imagerie diagnostique comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des espaces d'entreposage distincts, de la plomberie et des canalisations réservées, ainsi qu'une ventilation adéquate.	7.6	↑
Après le nettoyage et avant le début de la désinfection ou du retraitement, un membre compétent du personnel rince et sèche chaque appareil ou pièce d'équipement d'imagerie diagnostique conformément aux directives du fabricant.	7.10	↑
Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	15.3	↑

L'équipe recueille, analyse et interprète des données à propos de la justesse des examens, de l'exactitude des interprétations et de l'incidence de complications et d'événements indésirables.

16.3



Normes de gestion des médicaments

Gestion des médicaments

Prestation interdisciplinaire des services de pharmacie.

Commentaires des visiteurs

L'organisation a entrepris une révision complète du circuit des médicaments avec la participation du personnel tant de la pharmacie que du personnel soignant. Cette révision a eu comme résultat l'amélioration des systèmes et l'essai d'une nouvelle façon de faire sur un étage à St. Brigid's.

Ce système permet l'utilisation d'un système de dosette pour une semaine. Selon le personnel soignant ce système a réduit le temps de préparation des médicaments et a réduit en quelque sorte le risque d'erreur. Le système est une mesure temporaire en attendant l'arrivée de l'ensacheuse.

Les erreurs de médicaments sont révisées de façon systématique et tous les efforts sont faits pour réduire les risques.

Il y a un contrat de service avec l'Hôpital St-Sacrament pour la préparation des médicaments injectables à haut volume et qui nécessite une préparation sous des conditions stériles.

Il y a un comité de pharmacologie actif. Les comptes rendus sont disponible sur l'intranet.

Il y a un protocole de détresse respiratoire et les infirmières sont formées pour l'appliquer en hébergement.

Le bilan comparatif est en voie d'implantation et les pharmaciennes sont très impliquées. La liste des médicaments est dressée sur quelques étages lors d'une admission mais pas encore à 100%. L'équipe est encouragée à poursuivre l'implantation et à revoir le processus afin d'éviter le besoin de retranscrire la liste des médicaments à un autre endroit. (ex. La feuille d'ordonnance).

L'équipe de la pharmacie est encouragée à élaborer un programme de contrôle de la qualité.

L'équipe de la pharmacie et celle des soins infirmiers doivent déterminer s'il y a lieu de promouvoir un programme d'auto administration des médicaments en s'assurant qu'il y a des critères de sélection explicites, une supervision appropriée et que la prise de médicament soit inscrite au dossier.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Les médicaments qui doivent être administrés dans les secteurs de services aux clients sont rangés dans des emballages unidose étiquetés.	7.4	

Les médicaments oraux à dose unique demeurent dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'à leur d'administration.	7.5	↑
L'organisme dispose d'une politique et d'un processus de gestion des médicaments apportés par les clients et les familles.	7.7	
La pharmacie délivre des médicaments à l'aide d'un système d'emballage par dose unique.	13.3	↑
L'organisme dispose de critères de sélection explicites pour déterminer quels clients sont autorisés à s'autoadministrer des médicaments.	17.1	
L'organisme fournit un enseignement et une supervision appropriés aux clients qui procèdent à l'auto administration de médicaments.	17.2	
La politique concernant l'autoadministration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier du client le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	17.3	
Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace sur les types de pompes à perfusion.	19.4	↑
Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	19.4.1	
L'organisme dispose d'un programme de contrôle de la qualité pour la pharmacie.	22.3	

Prévention des infections

Prévention des infections

Mesures prises par le personnel dans les établissements de santé pour réduire la transmission et l'acquisition d'agents infectieux.

Commentaires des visiteurs

Le déploiement de nombreuses mesures et formations en prévention des infections est à souligner et les résultats sont remarquables.

Le suivi des éclosions avec l'ensemble du personnel impliqué est bien fait et le personnel s'approprie très bien ses responsabilités.

Les services alimentaires répondent aux normes quant à l'entreposage des produits congelés et réfrigérés. Les circuits propre et souillé sont respectés au travers de l'organisation des activités du secteur.

Un défi important se présente à l'organisation pour rendre conforme le service de stérilisation afin qu'il puisse répondre aux normes et aux meilleures pratiques en termes de croisement du propre et du souillé, l'aménagement qui utilise des matériaux poreux, la ventilation, la vétusté des appareils, etc.

L'utilisation des utilités souillées sur les unités pour entreposer du matériel propre et souillé et, en même temps, rincer du matériel est à revoir de même que l'entreposage de matériel en quantité importante alors qu'il est très peu utilisé mérite une attention particulière ex: les nombreuses bassines alors que la majorité de la clientèle est incontinente, les bonbonnes d'oxygène (qui devraient être centralisées), etc.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Services de réadaptation

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Les services sont organisés en utilisant le cadre de référence des Équipes de consultation spécialisées de gériatrie et de psycho-gériatrie et le cadre de référence des Unités transitoire de récupération fonctionnelle pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (UTRF PALV). Ces cadres de référence sont le fruit des discussions du comité de travail sur les services gériatriques locaux et du Comité régional de révision des lits gériatriques communautaires et des unités transitoires de récupération fonctionnelle et cadre l'offre de service offerte au Jeffery Hale-Saint Brigid's. Ce cadre sert de document d'orientation pour l'organisation des services et date d'octobre 2009. Des membres de l'équipe de réadaptation siègent sur ce comité.

Un groupe de travail est formé pour revoir les outils afin de réduire les redondances et éviter que le client soit obligé de répondre à la même question à plusieurs reprises. Ce groupe est encouragé à poursuivre ses travaux et à produire un document d'évaluation qui répond aux normes de tous les professionnels tout en évitant les chevauchements.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Le personnel est consulté pour les décisions qui l'affectent. Le personnel a été consulté lors de la nomination du chef d'équipe en réadaptation externe et leur choix a été retenu.

L'unité de réadaptation travaille présentement sur un document d'information destiné à la clientèle. L'équipe est encouragée à y inclure de l'information sur le rôle du client en matière de sécurité.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	3.7	
Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	4.4	↑
Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	4.4.1	
Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	4.8	
Les chefs d'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et en utilisent les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations.	5.3	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Les clientèles en attente sont gérées par le guichet d'accès du CSSS de la Vieille Capitale. Les membres de l'équipe travaillent en collaboration et respectent les champs de pratiques respectifs.

Les clients ne sont pas consultés lors du développement du plan de service. L'équipe devrait s'assurer que le client est en accord avec les objectifs visés par l'équipe de soins et que les objectifs du client y sont inclus.

Le programme de prévention des chutes doit être déployé sur l'unité interne et inclure un moyen de communiquer les moyens nécessaires pour mobiliser la clientèle, et ce, afin de s'assurer que les clients sont mobilisés de façon sécuritaire et que la santé du personnel est protégée lors des transferts.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe élabore des procédures et des processus normalisés pour améliorer le travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches.	3.4	

L'équipe fournit aux clients potentiels, aux familles, aux prestataires de services et aux organismes qui acheminent des clients de l'information sur l'organisme et les services.	6.5	
L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme avec la participation du client.	7.4	↑
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment de l'admission.	7.4.1	
L'organisme dispose d'un plan écrit visant à mettre en œuvre le processus d'établissement d'un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission, et ce, partout dans l'organisme, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément.	7.4.6	
Établissement du bilan comparatif des médicaments à l'admission.	7.5	
L'équipe se conforme aux protocoles et aux définitions d'Agrément Canada pour recueillir et soumettre les données relatives à l'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission.	7.5.1	
Selon ses résultats du suivi de l'indicateur relatif au bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission, l'équipe ne présente aucun signal d'alerte démontrant qu'une mesure à prendre a été oubliée.	7.5.2	
Pour les aider à faire des choix éclairés, les membres de l'équipe fournissent aux clients et aux familles de l'information précise, complète en temps opportun.	8.1	
L'équipe fournit aux clients et aux familles de l'enseignement lié aux services requis.	8.5	
L'équipe travaille avec les clients et les familles pour cerner les objectifs et les attentes ce qui concerne les services offerts.	9.1	
L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.	11.3	
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré.	11.3.1	

Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit.	11.3.4	
L'organisme dispose d'un plan écrit pour mettre en œuvre partout dans l'organisme, et ce, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément, un processus visant à établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert.	11.3.6	
Après le transfert ou la fin des 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.	11.5	↑

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Les dossiers contiennent le plan d'intervention interdisciplinaire.

Le tableau d'affichage qui contient de l'information nominative sur la clientèle doit être dans un endroit qui n'est pas visible par l'ensemble des personnes qui fréquentent le service.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à ses services de réadaptation.	14.1	
L'équipe examine ses lignes directrices pour s'assurer qu'elles sont conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.	14.2	
Le processus de revue des guides de l'équipe englobe la sollicitation de commentaires auprès du personnel et des prestataires de services au sujet de l'applicabilité des guides et de leur facilité d'utilisation.	14.3	

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

La clientèle en réadaptation expérimentera le questionnaire de satisfaction qui est en voie de réalisation par le comité des usagers.

L'équipe est encouragée à développer des indicateurs de qualité afin de continuer à améliorer les services et transmettre les améliorations au conseil d'administration et au groupe de référence.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	14.5	
L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les répercussions des chutes chez les clients.	15.2	↑
L'équipe évalue la stratégie de prévention des chutes de façon continue afin de cerner les tendances, les causes et la gravité des blessures.	15.2.4	
L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	15.2.5	
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.	15.4	↑
Les patients indiquent s'ils ont reçu de l'information écrite et verbale au sujet du rôle qu'ils jouent dans le dossier de la sécurité des patients.	15.4.3	

Services de santé communautaire

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Les services sont en lien avec les besoins de la communauté, et ce, tout au long du continuum de la vie.

L'implication de nombreux membres de l'équipe au sein des tables régionales et les liens développés avec différents partenaires de la communauté témoignent du dynamisme de l'équipe à s'assurer que les besoins de la communauté d'expression anglaise sont pris en compte dans les décisions d'orientation de services.

L'ouverture à recevoir des stagiaires des différents programmes en santé est à souligner.

La place faite aux personnes qui font du bénévolat au niveau de nombreuses activités est digne de mention

Statuer clairement sur les objectifs mesurables avec les membres de l'équipe

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

L'encadrement professionnel fourni par les différentes formations, les comités de pairs, les rencontres cliniques et les rencontres d'équipe témoignent d'une volonté de l'ensemble à travailler à l'amélioration continue de leur pratique auprès de la clientèle, dynamise le service et est bien apprécié.

L'interdisciplinarité se vit au quotidien et transparaît dans les suivis de clientèle.

Les rôles et responsabilités sont bien définis et les champs d'activités déterminés

Les programmes de formation en cours d'emploi sont déterminés au niveau des rencontres d'équipe du personnel.

Poursuivre le développement des programmes d'orientation plus ciblés en lien avec les différents services.

Mettre en place le programme d'appréciation au rendement.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

L'équipe est à l'écoute des besoins de la communauté et les différents services offerts en témoignent.

Le centre de jour est dynamique, bien intégré dans la chaîne de services, bien apprécié de la clientèle et répond rapidement aux besoins même si les demandes proviennent de diverses sources.

L'information à la communauté se fait de plusieurs façons et le personnel est très vigilant à transmettre l'information et à la compléter.

Les dossiers sont bien tenus, datés et signés.

L'équipe démontre une préoccupation constante à s'assurer que les personnes recevant des services reçoivent ceux dont ils ont besoin et démontre un intérêt à coordonner l'ensemble des services mêmes si certains sont donnés par des partenaires.

Le mécanisme de traitement de plaintes est connu .

Dans ce secteur, le manque de médecin répondant ou de référence aux besoins des intervenants dans certains dossiers ralentit la mise en place de solutions.

Il existe un besoin de lieu de discussion de problématique d'éthique clinique disponible aux intervenants afin de les conforter dans certaines approches de soins.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

La préoccupation des professionnels de se tenir à jour dans les nouvelles pratiques et la connaissance des dernières études publiées en lien avec leur pratique sont à souligner. Les rencontres cliniques et les comités de pairs permettent de se tenir à jour et de partager les dernières connaissances rassurent quant à la pratique auprès de la clientèle.

Mieux encadrer, à partir des guides de pratique des divers professionnels, les diverses pratiques professionnelles.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

L'implication et l'engagement du personnel au-delà de leur travail auprès de la clientèle est à souligner.

Beaucoup d'informations est disponible à l'ensemble de la communauté.

Continuer le développement des protocoles et des ordonnances collectives nécessaires pour faciliter le travail des professionnels, amenuiser les risques d'erreurs et identifier celles-ci au nom de l'organisation

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Services de soins de longue durée

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Il existe une bonne connaissance des clientèles sur l'ensemble des unités et les services sont mis à jour en conséquence.

L'accès aux fournitures et équipements est adéquat.

Les objectifs doivent être davantage travaillés avec l'ensemble de l'équipe.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

L'équipe interdisciplinaire est bien implantée et la présence médicale est à souligner. Les rencontres interdisciplinaires sont organisées et structurées.

Poursuivre la réorganisation du travail afin de mieux stabiliser les équipes de soins.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	4.5	↑
Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	4.5.1	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

L'implication des clients et de leurs proches dans les rencontres déterminant les objectifs de soins est bien suivie.

Les services sont disponibles pour la clientèle et réajustés selon les besoins.

Les mandats d'inaptitude sont disponibles au dossier du client.

Sur chaque unité de soins et dans les espaces communs, la charte des droits et des responsabilités est affichée.

Poursuivre la redéfinition des rôles et responsabilités pour l'ensemble des intervenants dans le cadre de la réorganisation du travail.

Rendre disponible la réflexion éthique en lien avec la clientèle et donner le service à l'ensemble des intervenants.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.	12.3	
Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit.	12.3.4	
L'organisme dispose d'un plan écrit pour mettre en œuvre partout dans l'organisme, et ce, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément, un processus visant à établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert.	12.3.6	

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Les dossiers sont bien tenus, à jour, datés et signés.

Les membres de l'équipe connaissent bien leurs besoins et sont capables de les exprimer.

L'organisation est aussi à l'écoute et est prête à y répondre.

Continuer à développer les outils leur permettant de mettre en place les meilleures pratiques.

Continuer à développer les ordonnances collectives pertinentes à la pratique.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

L'information donnée à la clientèle est pertinente et suit l'évolution des préoccupations (ex: les responsabilités du résident et de sa famille sur la sécurité).

La préoccupation de la gestion des risques par le développement des nombreux programmes: prévention des chutes, des plaies de pression, du suivi de la douleur

Poursuivre le développement des programmes et en faire le déploiement.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Services des urgences

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

L'équipe accueille la clientèle dans une salle d'attente spacieuse.

L'équipe est très ouverte à l'accueil de stagiaires.

L'équipe isole les patients soupçonnés porteurs de maladie contagieuse.

L'équipe aurait avantage à communiquer l'information sur le potentiel contagieux des patients aux autres services où ce dernier doit circuler.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe recueille de l'information sur les organismes qui acheminent des clients et les prestataires.	1.2	

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

L'équipe prend des mesures immédiates pour éviter la surcharge de travail lors des périodes d'engorgement.

Les besoins de formation sont relevés et acceptés dans la mesure du possible.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	4.10	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Même si l'urgence n'est pas ouverte pendant 24 heures, il existe des mécanismes pour référer les malades vers d'autres sources de soins.

L'organisme ne dispose d'aucun lit d'hospitalisation de courte durée.

Le temps d'attente reste minime dans ce service.

Il n'y a pas de temps d'attente pour les transferts vers d'autres établissements.

L'équipe devra évaluer la pertinence d'implanter un bilan comparatif des médicaments pour certaines clientèles dont les patients transférés.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client après le triage avec la participation du client.	8.3	↑
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client après le triage.	8.3.1	
Le processus englobe une comparaison en temps opportun de la liste des médicaments utilisés avant l'admission avec la liste des nouveaux médicaments prescrits à l'admission.	8.3.3	
Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, des différences qui ont été décelées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit, s'il y a lieu.	8.3.4	
Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le patient, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas.	8.3.5	
L'organisme dispose d'un plan écrit visant à mettre en œuvre le processus d'établissement d'un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission, et ce, partout dans l'organisme, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément.	8.3.6	
Établissement du bilan comparatif des médicaments après le triage.	8.4	
L'équipe se conforme aux protocoles et aux définitions d'Agrément Canada pour recueillir et soumettre les données relatives à l'établissement du bilan comparatif des médicaments après le triage.	8.4.1	
L'équipe s'est occupé de tous les signaux d'alerte démontrant qu'une mesure à prendre a été oubliée en se fiant aux résultats du suivi de l'indicateur « bilan comparatif des médicaments à l'admission ».	8.4.2	

L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.	10.5
Le processus exige une preuve écrite que les différences entre les deux listes ont été déterminées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament.	10.5.4
Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le patient, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas.	10.5.5
L'organisme dispose d'un plan écrit pour mettre en œuvre partout dans l'organisme, et ce, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément, un processus visant à établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert.	10.5.6

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Aucun commentaire

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent aux services des urgences.	13.1	

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

L'organisme manifeste une grande transparence pour déclarer et divulguer les événements indésirables et les incidents.

L'équipe n'a pas hésité à donner suite et à implanter des mesures correctrices suite à un incident ayant causé des dommages sans gravité à une patiente.

L'organisme est encouragé à mettre en oeuvre son intention d'offrir un programme de formation face à des patients ou des membres de leur proches ayant des comportements agressifs.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe examine régulièrement l'évaluation du client et la met à jour si l'état de santé d'un client change sensiblement.	8.8	
L'équipe est formée pour déceler et gérer les clients dans le service des urgences qui représentent une menace physique ou qui ont des comportements violents.	14.1	↑
L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services offerts par le service des urgences.	15.2	

Soins ambulatoires

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Les locaux sont grands et bien éclairés.

Un nouveau laveur-décontaminateur a été acheté et cet équipement est en voie d'installation. Le personnel sera formé pour l'utilisation de cet appareil.

Le retraitement en endoscopie est très bien accompli et des registres sont gardés afin d'assurer la traçabilité de toutes les étapes jusqu'à l'utilisation des pinces à biopsie disposable. Les politiques et procédures sont à jour et la marche à suivre est clairement indiqué.

L'équipe devrait se rencontrer et décider quel type d'information écrite doit être fournit à la clientèle surtout en rapport avec les examens et l'offre de service.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Le personnel reçoit de la formation lorsqu'il en identifie le besoin.

Le personnel du service est reconnu de façon informelle pour leur contribution à l'atteinte des objectifs du service.

Le chef doit évaluer et documenter le rendement de chaque membre de l'équipe.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	4.9	
Les chefs d'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et en utilisent les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations.	5.3	
L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	5.5	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Les services ambulatoires sont un regroupement de services qui répondent à des besoins de la population qui est référés en partie par l'urgence et en partie par des références de cabinet de médecins de la région. Cette clientèle est vue pour une visite et retourne pour le suivi soit au CLSC dans le cas des plaies mineures ou à son médecin traitant pour le suivi des autres raisons de consultation. Les patients porteurs de plaies plus complexes sont suivis à la clinique de soins de plaies de l'organisme, et ce, afin d'assurer une meilleure continuité de l'épisode de soins. Il n'y a pas de liste d'attente importante et les clients se disent très satisfaits des services offerts. Le personnel est accueillant et souriant. Il y a une fierté et un grand souci de bien faire le travail.

L'enseignement est donné au client mais peu de documents écrits sont disponibles.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe fournit aux clients potentiels, aux familles, aux prestataires de services et aux organismes qui acheminent des clients de l'information sur l'organisme et les services.	6.4	

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.	10.9	
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.	11.7	↑

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Le personnel dans certains secteurs tel endoscopie et plaies sont considérés des experts et sont sollicités pour donner de la formation en cours d'emploi.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Le personnel est bien au courant du processus de signalisation des incidents et accidents.

Le guide d'accueil devrait décrire le rôle des clients en matière de sécurité. L'équipe devrait se doter d'indicateurs de qualité et en faire le suivi. Les résultats devraient être diffusés afin de faire connaître le travail qui est fait en ambulatoire.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
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.	17.3	↑
Les patients indiquent s'ils ont reçu de l'information écrite et verbale au sujet du rôle qu'ils jouent dans le dossier de la sécurité des patients.	17.3.3	

L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services de soins ambulatoires.	18.2	
L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	18.3	↑
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.	18.4	↑
L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	18.5	

Soins et services à domicile

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

L'implication et l'engagement des professionnels auprès de leurs clientèles respectives vont bien au-delà des attentes du travail.

La connaissance des clientèles et de leurs besoins est au cœur du choix des services.

Le travail avec les partenaires pour répondre aux besoins de la clientèle est à souligner.

L'ouverture aux stagiaires et aux bénévoles est à poursuivre.

Ravailler davantage avec les partenaires internes à l'organisation pour aller chercher le soutien dont l'équipe a besoin pour répondre aux besoins des différentes clientèles.

Répondre, dans l'ensemble de l'organisation, aux demandes du service pour assurer le suivi aux besoins des différentes clientèles en lien avec les évaluations des professionnels.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

L'interdisciplinarité au quotidien est bien intégrée et transparaît dans les discussions et les rencontres d'équipe.

Les rencontres d'équipe, les comités de pairs, les discussions d'équipe contribuent à l'excellence du service.

Continuer l'orientation très pointue dans certains secteurs.

Favoriser la formation continue interdisciplinaire.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Les services sont fournis après entente avec le client, le suivi est assuré par les professionnels et les résultats consignés au dossier.

L'information et l'enseignement sont fournis au client et à ses proches, et ce, à toutes les étapes du suivi.

La coordination de l'ensemble des services offerts par différents partenaires est assurée par les professionnels responsables des clients.

Le développement d'ententes de services internes pour assurer le soutien aux professionnels afin de leur permettre de répondre de façon adéquate aux besoins de leurs clients.

Le soutien à l'équipe pour les discussions en lien avec les questionnements éthiques relatifs à la condition des clients.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.	11.3	
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré.	11.3.1	
Le processus englobe la production d'une liste complète des médicaments que le patient prenait avant d'être acheminé ou transféré.	11.3.2	
Le processus englobe une comparaison en temps opportun de la liste des médicaments utilisés avant l'acheminement ou le transfert avec la liste des nouveaux médicaments prescrits au moment de l'acheminement ou du transfert.	11.3.3	
Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit.	11.3.4	
Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le patient, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas.	11.3.5	

L'organisme dispose d'un plan écrit pour mettre en œuvre partout dans l'organisme, et ce, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément, un processus visant à établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert. 11.3.6

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

La curiosité intellectuelle des professionnels pour aller chercher les nouvelles pratiques et les études récentes les confortent dans leur pratique et permet de donner de meilleurs services à leurs clientèles.

L'équipe connaît bien ses besoins de formation, qu'elle exprime lors des rencontres d'équipe et qui sert de guide pour l'élaboration du programme de formation continue

Travailler de concert avec l'ensemble des professionnels de l'organisation pour se doter d'outils interprogrammes basés sur les pratiques exemplaires et applicables aux soins et services à domicile.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

L'équipe est très sensible à l'évaluation des risques et à la sécurité des clients à domicile; le personnel aide à organiser l'environnement et fait le suivi.

L'équipe distribue de l'information sur différentes mesures de sécurité à domicile

L'équipe suit de près les situations à risque au domicile et travaille avec les partenaires au besoin pour les diminuer.

Continuer le déploiement des différents programmes de soins (chutes, plaies de pression, douleur, etc.) tout en s'assurant de leur déployabilité à domicile lorsque pertinent). Continuer le travail avec les partenaires impliqués dans les soins et services à domicile pour assurer une bonne coordination de l'ensemble des services afin de réduire les risques de discontinuité de ceux-ci.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Résultats de mesures de rendement

La section qui suit offre un aperçu des mesures de rendement recueillies dans l'ensemble de l'organisme. Ces mesures sont les résultats découlant d'indicateurs et d'outils et elles constituent des éléments précieux du processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

Résultats découlant des outils




Les outils sont des questionnaires qui sont remplis par un échantillon de représentants des clients, du personnel, de la direction et d'autres partenaires clés qui fournissent un point de vue important quant à des éléments essentiels des services de l'organisme. Les tableaux qui suivent présentent un sommaire des résultats de l'organisme et soulignent chaque point sur lequel il devra se pencher. Les résultats sont présentés pour trois secteurs principaux : fonctionnement de la gouvernance, culture de sécurité des patients et qualité de vie au travail.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance






L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance a été conçu à l'intention des membres du conseil d'administration afin de les aider à évaluer leurs propres structures et processus et à cerner leurs possibilités d'amélioration. Les résultats reflètent la perception et l'opinion des membres du conseil d'administration quant aux structures et aux processus internes.

Sommaire des résultats

STRUCTURES ET PROCESSUS DE GOUVERNANCE	% D'accord	% Neutre	% Pas d'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	88	0	13	
2 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	100	0	0	
3 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	100	0	0	
4 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	100	0	0	
5 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	86	0	14	
6 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	88	0	13	
7 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	88	0	13	
8 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	88	0	13	
9 Nous avons des sous-comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	100	0	0	
10 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.	88	0	13	

11 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.	50	0	50	
12 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.	100	0	0	
13 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	100	0	0	
14 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).	88	0	13	
15 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	100	0	0	
16 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	100	0	0	
17 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	88	0	13	
18 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	100	0	0	
19 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.	100	0	0	
20 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	88	0	13	
21 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	100	0	0	
22 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	88	0	13	
23 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	100	0	0	
24 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	50	0	50	
25 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	50	0	50	

PROGRAMME QMENTUM






26	Les contributions des membres sont revues régulièrement.	43	0	57	
27	En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	71	0	29	
28	Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	20	0	80	
29	Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	43	0	57	
30	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.	100	0	0	
31	En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	63	0	38	
32	Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	86	0	14	
33	Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	100	0	0	

Culture de sécurité des patients

Les résultats du « Sondage sur la culture de sécurité des patients » fournissent de précieux renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des patients, ainsi qu'une indication des points forts, des possibilités d'amélioration, et constitue un mécanisme qui permet de suivre les changements qui s'opèrent dans l'organisme.













Sommaire des résultats

Nombre de répondants au sondage : 324 répondants













A. Sécurité des patients	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Les décisions liées à la sécurité des patients sont prises au palier approprié, par les personnes les plus compétentes.	13	15	72	
2 Il existe une bonne diffusion de l'information vers les niveaux hiérarchiques supérieurs en ce qui concerne les questions de sécurité des patients.	22	17	61	
3 Le signalement d'un problème lié à la sécurité des patients entraînera des répercussions négatives pour la personne qui signale le problème.	82	11	8	
4 La haute direction a un tableau précis des risques associés aux soins des patients.	21	34	45	
5 Mon unité prend le temps de cerner et d'évaluer les risques liés aux patients.	10	15	76	
6 Mon unité fait un bon travail quant à la gestion des risques pour assurer la sécurité des patients.	6	13	81	
7 La haute direction offre un climat qui favorise la sécurité des patients.	11	22	66	
8 Le fait de demander de l'aide est un signe d'incompétence.	96	1	3	
9 Si je commets une erreur qui a d'importantes conséquences et que personne ne s'en aperçoit, je n'en parle à personne.	96	2	2	
10 Si je signale un incident au moyen du système mis en place à cet effet, je suis certain que cela ne me nuira pas.	13	15	72	
11 Je suis moins efficace au travail lorsque je suis fatigué.	13	7	80	

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

PROGRAMME QMENTUM







12	La haute direction tient compte de la sécurité des patients dans ses discussions sur les changements envisagés par rapport aux programmes.	11	31	58	
13	Mes problèmes personnels peuvent nuire à mon rendement.	36	14	50	
14	J'aurai à subir des conséquences négatives si je signale un problème lié à la sécurité des patients.	86	5	9	
15	Si je signale un incident lié à la sécurité des patients, je sais que la haute direction y accordera un suivi.	11	18	71	
16	On me récompense lorsque je prends rapidement des mesures pour cerner une erreur grave.	54	27	20	
17	La perte de membres du personnel chevronnés a eu un impact négatif sur ma capacité d'offrir des soins de qualité élevée aux patients.	48	20	32	
18	J'ai suffisamment de temps pour effectuer les tâches liées aux soins des patients de façon sécuritaire.	33	18	50	
19	Je ne suis pas certain de l'utilité de remplir des rapports d'incidents.	74	12	13	
20	Au cours de la dernière année, j'ai été témoin du fait qu'un de mes collègues a fait quelque chose pour gagner du temps qui me semblait dangereux pour le patient.	51	20	29	
21	Je dispose des ressources adéquates (personnel, budget et équipement) pour offrir des soins sécuritaires.	35	19	46	
22	Dans mon travail, j'ai fait des erreurs importantes que j'attribue à ma fatigue.	83	8	9	
23	Je crois que les erreurs médicales constituent un réel risque pour les patients que nous traitons.	17	12	71	
24	Je crois qu'il arrive souvent que les erreurs liées aux soins de santé ne soient pas déclarées.	42	24	35	
25	Mon organisme équilibre efficacement les besoins en matière de sécurité des patients et les besoins relatifs à la productivité.	21	26	53	
26	Je travaille dans un environnement où la sécurité des patients est hautement prioritaire.	12	11	77	

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

27 Le personnel reçoit de la rétroaction sur les changements qui ont été apportés à la suite des rapports d'incidents.	36	22	42	
28 Les personnes impliquées dans des événements majeurs disposent de mesures rapides et simples pour rapporter ou signaler ce qui s'est produit.	13	19	67	
29 Mon superviseur ou gestionnaire félicite les gens lorsqu'ils effectuent une tâche en respectant les procédures établies en matière de sécurité des patients.	34	24	42	
30 Mon superviseur ou gestionnaire considère sérieusement les suggestions du personnel en ce qui a trait à l'amélioration de la sécurité des patients.	20	18	62	
31 Lorsque la tension augmente, mon superviseur ou gestionnaire veut que nous travaillions plus vite, même s'il faut prendre des raccourcis.	75	14	11	
32 Mon superviseur ou gestionnaire ne tient pas compte des problèmes liés à la sécurité des patients qui se produisent de façon répétée.	80	10	10	
33 Dans notre unité, lorsqu'il survient un incident, nous y pensons attentivement.	11	15	74	
34 Dans notre unité, lorsqu'une personne commet une erreur, elle demande aux autres comment elle aurait pu la prévenir.	22	24	55	
35 Dans notre unité, à la suite d'un incident, nous examinons qu'est ce qui l'a engendré et comment nous pourrions empêcher la même erreur de se reproduire.	13	13	73	
36 Dans notre unité, lorsqu'il survient un incident, nous effectuons une analyse approfondie.	26	19	55	
37 Dans notre unité, il est difficile de discuter des erreurs.	62	16	22	
38 Dans notre unité, à la suite d'un incident, nous pensons très attentivement aux façons d'y remédier.	15	18	67	
B. Les questions qui suivent concernent votre perception de la sécurité des patients dans son ensemble.	% Bien ou excellent	% Acceptable	% Mauvais ou manquante	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
39 Veuillez accorder une note globale à votre unité pour ce qui est de la sécurité des patients.	66	29	5	

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

PROGRAMME QMENTUM

40	Veuillez accorder une note globale à votre organisme pour ce qui est de la sécurité des patients.	60	34	6	
C. Les questions qui suivent traitent de ce qui se produit après un événement majeur.		% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
		Organisation	Organisation	Organisation	
41	Les personnes impliquées dans des événements majeurs contribuent à la compréhension et à l'analyse des événements ainsi qu'à la recherche de solutions possibles.	11	19	70	
42	Un processus officiel de divulgation des événements majeurs aux patients et aux familles est en place et ce processus comprend des mécanismes de soutien pour les patients, les familles et les prestataires de soins et services.	8	29	63	
43	Les discussions entourant les événements majeurs sont davantage centrées sur les problèmes touchant le mécanisme que sur les personnes principalement responsables de l'événement.	19	31	49	
44	Le patient et sa famille sont invités à participer directement au processus complet afin de comprendre ce qui s'est produit suite à l'événement majeur et de trouver des solutions pour minimiser le risque qu'un événement semblable se produise à nouveau.	14	29	57	
45	Les leçons tirées des événements majeurs sont communiquées au personnel de notre unité par le biais de diverses méthodes (p. ex. cahier de communication, formation à l'interne, tournées, courriels) ou à différents moments afin que tout le personnel soit informé.	22	18	60	
46	Des changements sont apportés pour réduire les risques que les événements majeurs se reproduisent.	6	16	78	








Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

Mesures du sondage Pulse





Le concept de la « qualité de vie au travail » est au cœur du programme d'agrément d'Agreement Canada. Le sondage Pulse permet aux organismes de soins de santé de faire le suivi des aspects clés de la qualité de vie au travail. Le sondage Pulse permet de tâter le « pouls » de la qualité de vie au travail et fournit une vue d'ensemble des facteurs clés dans le milieu de travail, des résultats individuels et des résultats de l'organisme. Les organismes peuvent ensuite utiliser les constatations qui en découlent pour cerner leurs points forts et les lacunes présentes dans les milieux de travail, faire participer des partenaires aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions appropriées pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité a une influence sur la capacité de l'organisme à atteindre ses buts stratégiques.



Sommaire des résultats

Nombre de répondants au sondage : 348 répondants

Comment évalueriez-vous votre environnement de travail?	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Je suis satisfait des communications dans cet organisme.	35	18	47	
2 Je suis satisfait des communications dans mon secteur de travail.	32	13	55	
3 Je suis satisfait de mon superviseur.	14	21	65	
4 Je suis satisfait du contrôle que j'exerce sur mes activités au travail.	11	13	76	
5 Il est clair pour moi ce qu'on attend de moi au travail.	7	11	82	
6 Je suis satisfait de ma participation aux processus de prise de décisions dans cet organisme.	27	22	51	
7 J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail adéquatement.	40	14	46	
8 J'ai le sentiment que je peux faire confiance à cet organisme.	13	23	64	
9 L'organisme appuie mon apprentissage et mon perfectionnement.	17	18	65	
10 Mon environnement de travail est sécuritaire.	14	14	71	
11 Mon emploi me permet d'atteindre un équilibre entre mon travail et ma vie personnelle et familiale.	19	14	66	

PROGRAMME QMENTUM

Résultats individuels	% N'étaient pas stressantes	% Étaient un peu stressantes	% Étaient assez stressantes	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
12 Au cours des 12 derniers mois, diriez-vous que la plupart des journées au travail...	21	39	41	
	% Très bonne/ Excellente	% Bonne	% Mauvaise ou très mauvaise	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
13 En général, diriez-vous que votre santé est...	66	32	2	
14 En général, diriez-vous que votre santé mentale est...	68	27	4	
15 En général, diriez-vous que de votre santé physique est...	62	34	3	
	% Très satisfait	% Pas trop satisfait	% Pas du tout satisfait	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
16 Quel est votre niveau de satisfaction face au travail?	81	18	2	
	% < 10	% 10 - 15	% > 15	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Au cours des 12 derniers mois, combien de journées vous êtes-vous absenté du travail à cause de problèmes de santé personnels ou d'une blessure? (Chaque journée complète ou partielle d'absence équivalait à une journée.)	80	7	13	
18 Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de jour avez-vous travaillé même si vous étiez malade ou blessé parce que vous aviez le sentiment que vous le deviez (Chaque journée complète ou partielle d'absence équivalait à une journée.)	79	8	13	

	% Jamais ou rarement	% Parfois	% Souvent ou toujours	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
19 À quelle fréquence avez-vous le sentiment que vous pouvez offrir la meilleure qualité de travail possible?	5	16	79	
	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
20 En général, je suis satisfait de l'organisme.	11	26	63	
21 Les conditions de travail dans mon secteur contribuent à la sécurité des patients.	11	16	73	

Résultats découlant des indicateurs

Les indicateurs permettent de recueillir des données relatives à des aspects importants de la sécurité des patients et de la qualité des soins. Les tableaux qui se trouvent dans cette section font état des données découlant des indicateurs qui ont été soumises par l'organisme.

Bilan comparatif des médicaments à l'admission

Les points de transition du continuum de soins sont particulièrement sujets aux risques, et la communication de l'information relative aux médicaments a été cernée comme l'une des priorités pour améliorer la sécurité de la prestation des services de santé. Cette mesure de rendement fournira un guide pratique aux organismes au fur et à mesure que l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments se répandra dans l'ensemble de l'organisme.

Bilan comparatif des médicaments à l'admission				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% de personnes admises pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments est établi
JAUNE	Saint Brigid's (Services de soins de longue durée)	Soins de longue durée	01-10-2009 31-12-2009	78

Seuil pour les signaux d'alerte

ROUGE : < 75/100

JAUNE : >= 75/100 ET < 90/100

VERT : >= 90/100

Infections nosocomiales

Les infections nosocomiales au *C. difficile* et au SARM constituent un risque important pour les personnes qui reçoivent des soins en plus d'hypothéquer considérablement les ressources des organismes et du système de santé. L'évaluation des mesures de rendement relatives à la prévention des infections a aussi l'avantage d'informer le personnel et de façonner son opinion au sujet de la sécurité des patients. Les preuves démontrent que plus le personnel est au courant des taux liés à la prévention des infections et des données probantes sur la prévention des infections, plus les comportements changent en vue de réduire les risques perçus.

Infections nosocomiales - Infection au <i>C. difficile</i>				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	# de cas d'infections / 1000 jours-patients
VERT	Hôpital Jeffery Hale (Prévention des infections)	Prévention des infections	01-10-2009 31-12-2009	0,64
VERT	Saint Brigid's (Prévention des infections)	Prévention des infections	01-10-2009 31-12-2009	0

Seuil pour les signaux d'alerte

ROUGE : > 8/1000

JAUNE : >= 6/1000 ET < 8/1000

VERT : <= 6/1000

Infections nosocomiales - SARM				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	# de cas d'infections + colonisation / 1000 jours-patients
VERT	Hôpital Jeffery Hale (Prévention des infections)	Prévention des infections	01-10-2009 31-12-2009	0,11
VERT	Saint Brigid's (Prévention des infections)	Prévention des infections	01-10-2009 31-12-2009	0

Seuil pour les signaux d'alerte

ROUGE : > 8/1000

JAUNE : >= 6/1000 ET < 8/1000

VERT : <= 6/1000

Prochaines étapes

Félicitations! Vous venez de terminer votre visite d'agrément Qmentum. Vous trouverez ci-dessous une liste des éléments que vous devez revoir dans les jours à venir et les prochains mois.

- Nous vous demandons de réviser ce rapport dans les cinq prochains jours pour relever les erreurs dans les titres de noms des services. Ceci nous aidera à confirmer que le rapport et nos dossiers sont exacts. Dès que vous avez terminé votre révision, veuillez envoyer vos corrections à votre spécialiste en agrément.
- Dans les 10 jours ouvrables, une lettre qui comporte la décision d'agrément et les exigences sera envoyée par courriel à votre directrice générale ou directeur général. Si des révisions ont été effectuées au rapport, une copie de la nouvelle version de celui-ci sera acheminée avec la lettre.
- Vous devez soumettre vos rapports trimestriels sur les indicateurs le 31 mai de chaque année. Si vous avez des questions à ce sujet, veuillez communiquer avec votre spécialiste en agrément.

Annexe A - Directives relatives à la détermination du type d'agrément

L'amélioration de la qualité demeure un principe clé du programme Qmentum d'Agrément Canada. Les normes d'Agrément Canada évaluent la qualité des services offerts par un organisme et sont axées sur les huit dimensions suivantes de la qualité :

1. Accent sur la population
2. Accessibilité
3. Sécurité
4. Milieu de travail
5. Services centrés sur le patient
6. Continuité des services
7. Efficacité
8. Efficience

Chaque critère associé à la norme est lié à une dimension de la qualité. Les organismes qui participent au programme Qmentum d'Agrément Canada sont admissibles à divers types d'agrément, soit l'agrément, l'agrément conditionnel (rapport, visite supplémentaire ou les deux) et le refus d'agrément.

Dans le cadre du programme d'agrément Qmentum, les critères auxquels Agrément Canada accorde une priorité élevée et les pratiques organisationnelles requises (POR) constituent deux des principaux facteurs dont il faut tenir compte pour déterminer le type d'agrément approprié.

Critères auxquels Agrément Canada accorde une priorité élevée

Agrément Canada identifie les critères de priorité élevée en fonction de leur lien avec plusieurs secteurs clés, soit :

- l'amélioration de la qualité;
- la sécurité;
- les risques;
- l'éthique.

Pratiques organisationnelles requises (POR)

Une pratique organisationnelle requise se définit comme une pratique essentielle qui doit être en place dans les organismes pour améliorer la sécurité des patients et clients et pour minimiser le risque. Il s'agit d'une exigence précise pour les organismes de soins de santé qui poursuivent une démarche d'agrément.

En tenant compte des éléments susmentionnés, les trois types d'agrément suivants sont décernés dans le cadre du programme Qmentum 2010.

Option 1 : Agrément

Un organisme est admissible à l'agrément (avec visite régulière dans trois ans) s'il répond à tous les critères qui suivent :

- (a) par section de normes, 90 % ou plus des critères auxquels on accorde une priorité élevée sont respectés;
- (b) conformité à toutes les pratiques organisationnelles requises;
- (c) conformité dans la collecte de toutes les mesures du rendement.

Si l'organisme est un CSSS qui participe au programme conjoint du Conseil québécois d'agrément (CQA) et d'Agrément Canada, les critères supplémentaires suivants sont requis, ceux-ci étant des indicateurs spécifiques du CQA liés au service à la clientèle et au milieu de travail :

- (d) conformité à $\geq 66,6$ % des indicateurs de la satisfaction des clients ; ET
- (e) conformité à $\geq 66,6$ % des indicateurs liés à la mobilisation du personnel.

Option 2 : Agrément conditionnel avec suivi sous forme de rapport ou de visite supplémentaire

Un organisme se verra accorder l'agrément conditionnel avec suivi sous forme de rapport ou de visite supplémentaire s'il respecte l'un des critères suivants :

- (a) plus de 10 % et moins de 30 % des critères auxquels on accorde une priorité élevée ne sont pas respectés pour chaque section de normes;

OU

- (b) non-conformité à l'une des pratiques organisationnelles requises (POR);

OU

- (c) non-conformité dans la collecte de l'une des mesures du rendement;

Si l'organisme est un CSSS qui participe au programme conjoint du CQA et d'Agrément Canada, le critère supplémentaire suivant s'applique :

- (d) conformité à moins de 66,6 % des indicateurs liés à la satisfaction des clients; OU
- (e) conformité à moins de 66,6 % des indicateurs liés à la mobilisation du personnel.

La condition, c'est-à-dire la présentation d'un rapport ou la tenue d'une visite supplémentaire, ainsi que le délai, soit de 6 à 12 mois, sont basés sur la nature des recommandations. Si l'organisme est un CSSS et que sa conformité aux indicateurs liés à la satisfaction des clients OU aux indicateurs liés à la mobilisation du personnel est de moins de 66,6 %, ce même organisme devra participer à nouveau à une visite d'agrément dans les 18 mois suivant la plus récente visite, et ce, comme condition au maintien du statut d'organisme agréé.

Le maintien du statut d'organisme agréé est conditionnel à la présentation d'un rapport de suivi. Si un rapport satisfaisant n'est pas présenté dans les délais prescrits, Agrément Canada pourra accorder une prolongation unique de six mois à l'organisme selon les commentaires des visiteurs, les preuves soumises pour démontrer que des progrès ont été réalisés et l'intention de l'organisme de répondre aux conditions. À défaut de répondre à ces exigences dans le délai accordé avec la prolongation, l'organisme se verra retirer son statut d'organisme agréé, et ce, à la discrétion d'Agrément Canada.

Dans le cas des organismes dont la visite supplémentaire ne se solde pas par un succès à l'intérieur du délai prescrit, Agrément Canada pourra accorder une prolongation unique de six mois à l'organisme selon les commentaires des visiteurs, les preuves soumises pour démontrer que des progrès ont été réalisés et l'intention de l'organisme de répondre aux conditions. À défaut de répondre à ces exigences dans le délai accordé avec la prolongation, l'organisme se verra retirer son statut d'organisme agréé, et ce, à la discrétion d'Agrément Canada.

Option 3 : Refus d'agrément

Un organisme ne sera PAS AGRÉÉ dans les cas suivants :

(a) une POR ou plus ne sont pas en place;

ET

(b) 30 % ou plus des critères auxquels on accorde une priorité élevée ne sont pas respectés dans une section de normes ou plus;

ET

(c) 20 % ou plus des critères non respectés dans toutes les normes s'appliquent à l'ensemble de l'organisme.

Si un organisme veut une révision du refus d'agrément dans les 6 mois après la tenue de la visite, il doit participer à une visite supplémentaire dans les 5 mois suivant la visite. Les organismes qui ne participent pas de façon satisfaisante à une visite supplémentaire dans les délais prescrits verront le refus d'agrément maintenu.

Si l'organisme est un CSSS et que sa conformité aux indicateurs liés à la satisfaction des clients OU aux indicateurs liés à la mobilisation du personnel est de moins de 66,6 %, il doit participer à une autre visite dans les 18 mois suivant la visite d'agrément pour maintenir le statut d'organisme agréé.