

Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément

Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette

Rimouski, QC

Dates de la visite d'agrément : 9 au 14 mars 2014

Date de production du rapport : 4 avril 2014



AGRÉMENT CANADA
ACCREDITATION CANADA

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

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

Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) au programme d'agrément conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, une visite a eu lieu en mars 2014. Ce rapport repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

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

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

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

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

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

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale



Sean P. Clarke
Président

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	18
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	21
3.0 Résultats détaillés de la visite	25
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	26
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	26
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	28
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	31
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	32
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	35
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	38
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	40
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	42
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	44
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	45
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	46
3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	48
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Populations mère-enfant</i>	48
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Populations vivant avec une maladie chronique</i>	50
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	51
3.3.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	52
3.3.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées</i>	55
3.3.3 <i>Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</i>	58
3.3.4 <i>Ensemble de normes : Les services de soins primaires</i>	61
3.3.5 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	63
3.3.6 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	65
3.3.7 <i>Ensemble de normes : Services d'obstétrique</i>	68

3.3.8 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux	71
3.3.9 Ensemble de normes : Services de médecine	78
3.3.10 Ensemble de normes : Services de réadaptation	81
3.3.11 Ensemble de normes : Services de santé communautaire	83
3.3.12 Ensemble de normes : Services de santé mentale	85
3.3.13 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	88
3.3.14 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	92
3.3.15 Ensemble de normes : Services de soins intensifs	95
3.3.16 Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie	98
3.3.17 Ensemble de normes : Services des urgences	100
3.3.18 Ensemble de normes : Services transfusionnels	103
3.3.19 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	105
3.3.20 Ensemble de normes : Soins et services à domicile	109
3.3.21 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	111
4.0 Résultats des outils d'évaluation	115
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	115
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	119
4.3 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	121
4.4 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	122
4.5 Sondage sur la satisfaction des usagers (Conseil québécois d'agrément)	124
Annexe A Processus prioritaires	126

Section 1 Sommaire

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

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

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

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

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 9 au 14 mars 2014**

- **Emplacements**

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

- 1 Centre d'hébergement - Rimouski
- 2 CLSC - Rimouski
- 3 Hôpital de jour psychiatrique
- 4 Hôpital régional - Rimouski
- 5 Manoir Les générations
- 6 Résidence Mon Parcours

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

- 1 Normes sur le leadership
- 2 Normes sur la gouvernance

Normes portant sur des populations spécifiques

- 3 Populations vivant avec une maladie chronique
- 4 Populations mère-enfant

Normes sur l'excellence des services

- 5 Services de traitement du cancer et d'oncologie
- 6 Normes relatives aux salles d'opération
- 7 Les services de soins primaires
- 8 Services de chirurgie
- 9 Services de soins intensifs
- 10 Services des urgences
- 11 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 12 Soins et services à domicile
- 13 Soins ambulatoires
- 14 Services de santé communautaire
- 15 Services d'imagerie diagnostique

- 16 Services de soins de longue durée
- 17 Services de médecine
- 18 Services de réadaptation
- 19 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 20 Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer
- 21 Services d'obstétrique
- 22 Services de santé mentale
- 23 Services transfusionnels
- 24 Services de laboratoires biomédicaux
- 25 Gestion des médicaments
- 26 Prévention des infections
- 27 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

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

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	122	13	0	135
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	148	4	1	153
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	656	83	32	771
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	197	24	1	222
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	314	13	3	330
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	108	2	4	114
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	969	175	30	1174
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	84	5	1	90
Total	2598	319	72	2989

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur la gouvernance	33 (75,0%)	11 (25,0%)	0	23 (67,6%)	11 (32,4%)	0	56 (71,8%)	22 (28,2%)	0
Normes sur le leadership	33 (71,7%)	13 (28,3%)	0	65 (77,4%)	19 (22,6%)	1	98 (75,4%)	32 (24,6%)	1
Populations vivant avec une maladie chronique	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	34 (97,1%)	1 (2,9%)	0	38 (97,4%)	1 (2,6%)	0
Populations mère-enfant	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	28 (96,6%)	1 (3,4%)	0	31 (96,9%)	1 (3,1%)	0
Prévention des infections	45 (90,0%)	5 (10,0%)	3	40 (95,2%)	2 (4,8%)	2	85 (92,4%)	7 (7,6%)	5
Gestion des médicaments	67 (100,0%)	0 (0,0%)	11	59 (98,3%)	1 (1,7%)	4	126 (99,2%)	1 (0,8%)	15
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	27 (71,1%)	11 (28,9%)	0	30 (65,2%)	16 (34,8%)	2	57 (67,9%)	27 (32,1%)	2
Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	41 (93,2%)	3 (6,8%)	2	95 (97,9%)	2 (2,1%)	1	136 (96,5%)	5 (3,5%)	3
Les services de soins primaires	30 (88,2%)	4 (11,8%)	0	64 (97,0%)	2 (3,0%)	0	94 (94,0%)	6 (6,0%)	0

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes relatives aux salles d'opération	63 (94,0%)	4 (6,0%)	2	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0	92 (94,8%)	5 (5,2%)	2
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	37 (97,4%)	1 (2,6%)	2	51 (89,5%)	6 (10,5%)	2	88 (92,6%)	7 (7,4%)	4
Services d'imagerie diagnostique	57 (85,1%)	10 (14,9%)	0	47 (82,5%)	10 (17,5%)	4	104 (83,9%)	20 (16,1%)	4
Services d'obstétrique	61 (100,0%)	0 (0,0%)	2	74 (98,7%)	1 (1,3%)	0	135 (99,3%)	1 (0,7%)	2
Services de chirurgie	29 (100,0%)	0 (0,0%)	1	57 (87,7%)	8 (12,3%)	0	86 (91,5%)	8 (8,5%)	1
Services de laboratoires biomédicaux	28 (40,6%)	41 (59,4%)	0	62 (63,3%)	36 (36,7%)	0	90 (53,9%)	77 (46,1%)	0
Services de médecine	26 (96,3%)	1 (3,7%)	0	60 (89,6%)	7 (10,4%)	2	86 (91,5%)	8 (8,5%)	2
Services de réadaptation	26 (100,0%)	0 (0,0%)	1	65 (97,0%)	2 (3,0%)	1	91 (97,8%)	2 (2,2%)	2
Services de santé communautaire	12 (92,3%)	1 (7,7%)	0	55 (100,0%)	0 (0,0%)	0	67 (98,5%)	1 (1,5%)	0
Services de santé mentale	31 (96,9%)	1 (3,1%)	0	85 (96,6%)	3 (3,4%)	0	116 (96,7%)	4 (3,3%)	0
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	15 (83,3%)	3 (16,7%)	0	106 (94,6%)	6 (5,4%)	0	121 (93,1%)	9 (6,9%)	0
Services de soins de longue durée	23 (95,8%)	1 (4,2%)	0	66 (93,0%)	5 (7,0%)	1	89 (93,7%)	6 (6,3%)	1
Services de soins intensifs	27 (93,1%)	2 (6,9%)	1	76 (83,5%)	15 (16,5%)	2	103 (85,8%)	17 (14,2%)	3

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services de traitement du cancer et d'oncologie	29 (100,0%)	0 (0,0%)	0	69 (93,2%)	5 (6,8%)	0	98 (95,1%)	5 (4,9%)	0
Services des urgences	30 (100,0%)	0 (0,0%)	1	95 (100,0%)	0 (0,0%)	0	125 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Services transfusionnels	64 (100,0%)	0 (0,0%)	7	56 (88,9%)	7 (11,1%)	3	120 (94,5%)	7 (5,5%)	10
Soins ambulatoires	24 (85,7%)	4 (14,3%)	10	61 (85,9%)	10 (14,1%)	4	85 (85,9%)	14 (14,1%)	14
Soins et services à domicile	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	50 (96,2%)	2 (3,8%)	0	90 (97,8%)	2 (2,2%)	0
Total	905 (88,6%)	116 (11,4%)	43	1602 (89,9%)	179 (10,1%)	29	2507 (89,5%)	295 (10,5%)	72

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de réadaptation)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services des urgences)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins et services à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de laboratoires biomédicaux)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins intensifs)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Services transfusionnels)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes relatives aux salles d'opération)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services d'obstétrique)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins intensifs)	Non Conforme	0 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Transfert de l'information (Services de réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Non Conforme	4 sur 5	1 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de retraitement (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'obstétrique)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de chirurgie)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de santé mentale)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de chirurgie)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de réadaptation)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins intensifs)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2

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

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre de santé et de services sociaux Rimouski-Neigette (CSSSRN) dessert une population de 55 457 habitants. Il compte 2 266 employés dont 76 cadres, 271 médecins (dont 73 omnipraticiens), 19 pharmaciens, 200 bénévoles et des résidents et stagiaires. Son budget annuel est de 179 265 435 millions. L'hôpital régional compte 224 lits et le centre d'hébergement compte 250 lits. L'organisme compte plusieurs missions : prévention-promotion, première ligne, hôpital régional, hébergement, sous-régionale de psychiatrie santé mentale, enseignement et recherche.

Au moment de la visite, l'organisme tend à stabiliser la gouvernance. En effet, au cours des quatre dernières années, quatre directeurs généraux se sont succédé. De plus, l'organisme a vécu des difficultés sur le plan budgétaire depuis deux ans. Cette situation a généré une perte de mobilisation de la part du personnel et a fragilisé la structure d'encadrement. Ce redressement budgétaire a affecté l'organisme et en a retardé les travaux pour sa consolidation. Il a pris des mesures et la situation tend à se rétablir.

Compte tenu du dossier budgétaire et des impacts médiatiques de ce dossier, le conseil d'administration a eu une année difficile. Il est engagé et exprime être très satisfait de la philosophie de gestion et des orientations prises depuis quelques mois par le nouveau directeur intérimaire. Des midis CA sont régulièrement organisés afin de présenter des directions, services ou dossiers en cours. Le conseil est fier de la concrétisation de plusieurs dossiers. Mentionnons : la mission supra régionale dans plusieurs secteurs, les partenariats avec les maisons d'enseignement, l'affiliation universitaire avec la faculté de médecine de l'Université Laval et le partenariat avec l'Université du Québec à Rimouski, la présentation des services de première ligne et de son importance au sein de l'organisme, la désignation d'un centre de traitement de cancer du poumon, etc. Les objectifs actuels du conseil d'administration visent à stabiliser la direction générale et la situation budgétaire. Malgré cette turbulence, le conseil exprime que la qualité des services a toujours été au centre de ses préoccupations. Plusieurs personnes se sont jointes au conseil d'administration depuis 2012. Les membres expriment que le climat de travail est très bon. Le conseil d'administration est encouragé de façon continue à intégrer les normes de gouvernance à l'intérieur de son fonctionnement dans une perspective d'amélioration de la qualité.

Les nombreux partenaires consultés se disent satisfaits des collaborations et des communications avec l'organisme. Par ailleurs, le conseil d'administration lors de la rencontre de gouvernance, a exprimé qu'il n'a pas développé les réflexes d'aller formellement vers les partenaires externes, par exemple, la municipalité, la commission scolaire, le service de police (à part notamment les organismes communautaires et autres organismes) afin de créer formellement des liens. Un souhait a été exprimé en ce sens dans ses projets.

Les gestionnaires rencontrés ont unanimement exprimé leur satisfaction à l'égard du directeur général actuel. Son leadership prône une gestion axée sur la rigueur, l'optimisation, la responsabilisation et les résultats. La cohérence entre le discours et les actions ont été mentionnées. L'équipe de direction est jeune. Certains directeurs occupent une fonction temporaire, d'autres sont nouvellement en place. Le poste de directeur général sera affiché prochainement. De grands efforts sont faits pour recruter un directeur des services professionnels. L'objectif de la consolidation de l'équipe de direction est identifié et un nouveau plan d'organisation est nécessaire. Dans un autre ordre d'idées, compte tenu de la venue de nouveaux gestionnaires et professionnels, l'organisme doit évaluer les risques que cette situation comporte et leur apporter soutien, développement professionnel et suivi.

La direction prône le travail d'équipe et d'intégration des dossiers sur le plan organisationnel, ce qui selon l'avis des dirigeants amène une modification en profondeur de la culture. La migration d'une culture de gestion individuelle vers une gestion collective et ouverte axée sur la performance est en cours. Par ailleurs, il serait souhaitable que l'organisme développe un leadership dans l'approche de gestion intégrée de la qualité et des risques. Cet élément favorisera les éléments d'intégration de la qualité et développement de cette culture sein de cette équipe. La culture de la mesure, de l'évaluation et de suivi rigoureux des plans d'action et des projets constituent un défi. L'organisme est également encouragé à la développer. Bien qu'il existe des processus et quelques protocoles (méthodes de soins), l'organisme est encouragé à développer davantage le réflexe de réseautage et de balisage. D'autre part, l'organisme est encouragé à développer un processus entourant la sélection et la mise à jour des données probantes.

Tout au long de la visite, les personnes rencontrées souhaitent d'une part une stabilisation de la haute direction et d'autre part, davantage de soutien administratif et clinique. Par ailleurs, la visite ne nous a pas permis d'identifier une vision organisationnelle du soutien clinique.

La mission universitaire est un dossier porteur et plusieurs personnes de l'organisation y croient. L'enjeu lié à la concrétisation du campus clinique est présent. Il faut souligner le travail actuel de partenariat fait avec l'équipe médicale et de complicité médico-administrative. La cogestion formelle avec cette équipe est toutefois embryonnaire.

L'organisme est invité à poursuivre le développement de sa culture CSSS, caractérisé par une première ligne forte et accessible. Il doit également se doter d'une gestion documentaire moderne dans une vision CSSS et non seulement hospitalière. Sauf pour les laboratoires, il est difficile d'avoir accès par exemple aux protocoles cliniques à jour, aux politiques, aux outils de gestion.

Afin d'améliorer la performance, plusieurs chantiers ont été mis en place (assurance salaire, pharmacie, heures supplémentaires, orientation, services privés, cliniques externes, services alimentaires, comité des laboratoires, comité performance avec les secteurs suivants : imagerie médicale, obstétrique-pédiatrie-unité néonatale, physiothérapie). Deux comités ont été mis en place dont l'un sur les revenus et l'autre sur la qualité de l'information.

L'équipe des visiteurs a pu constater que l'organisation compte dans son équipe des gestionnaires de calibre, engagés et dédiés. Il existe des champions dans différents secteurs. Le plan de gestion des talents à mettre en place permettra de mettre en valeur ces talents afin d'en faire profiter toute l'organisation.

Signalons encore que depuis la dernière visite d'agrément, quatre directeurs généraux ont occupé ce poste au sein de l'organisme. Un processus d'attrition de plusieurs postes s'est déroulé juste avant le parachèvement du sondage sur la mobilisation. Malgré le fait que ce processus se soit relativement bien déroulé selon les personnes rencontrées, il a eu des impacts sur le climat de travail et la continuité des services et de la gestion. À la suite du sondage de mobilisation, une analyse en a été faite et un plan d'action est en voie d'être élaboré en concertation avec les directions. L'organisme est encouragé à poursuivre les travaux en ce sens et d'évaluer les actions prises.

Le processus de planification de la main-d'œuvre (PMO) est implanté depuis trois ans. L'organisme a ciblé les titres d'emploi précaires pour lesquels des stratégies d'attraction et de recrutement sont développées. En sus du recrutement traditionnel interne et externe, l'utilisation des réseaux sociaux est explorée et a déjà donné des résultats. Des défis sont présents notamment par rapport au bassin limité de ressources de la région.

L'organisme a été modèle pendant plusieurs années en ce qui a trait au taux d'assurance salaire. Depuis deux ans, des variables conjoncturelles ont eu des impacts négatifs sur ce taux. Des actions sont en cours pour le rétablir au niveau requis. Plusieurs plans de développement des compétences 2013-2014 pour toutes les catégories d'employés (syndicats) et gestionnaires ont été élaborés. L'organisme est encouragé à en faire des bilans. Le programme d'accueil, d'intégration et de soutien aux nouveaux cadres mérite d'être souligné pour sa qualité. De nombreuses activités de reconnaissances sont organisées. L'organisme est encouragé à mettre en œuvre son plan d'action identifiant le développement du milieu de travail sain et sécuritaire, la qualité de vie au travail et la prévention des signes d'épuisement professionnels. Un échéancier et des indicateurs devraient être identifiés à ces cibles d'amélioration.

Sauf exception, l'accessibilité aux services mérite d'être soulignée ainsi que la gamme complète des services à la population. L'organisme a eu l'autorisation de réaménager le bloc opératoire. La qualité des pratiques de prévention des infections est très adéquate. Les efforts visant la consolidation clinico-administrative de la première ligne est présent dans les secteurs particuliers suivants : santé mentale, personnes âgées et maladies chroniques.

Le laboratoire fait face à de nombreux défis, notamment le rehaussement des activités de prévention en santé et sécurité, l'atteinte des standards de qualité dictés par le cadre normatif et le développement de son mandat régional. L'équipe du laboratoire a la capacité de relever ce défi. Pour y arriver, elle est invitée à travailler de façon collaborative et intégrée et à mettre à profit les expertises déjà présentes au sein de l'équipe.

Les résultats sur la satisfaction de la clientèle sont adéquats, mais l'organisme est invité à systématiser le processus d'une façon plus globale et régulière. Tous les clients rencontrés durant la visite se disent satisfaits des soins et services reçus.

Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
<p>Rapports trimestriels sur la sécurité des patients Le personnel d'encadrement de l'organisme fournit au conseil d'administration des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, y compris des recommandations découlant des enquêtes sur les incidents indésirables et du suivi qui a leur a été accordé, et sur les améliorations qui ont été apportées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Normes sur le leadership 15.11
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services d'imagerie diagnostique 15.7 · Services de soins intensifs 16.3
<p>Deux identificateurs de client L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services des urgences 10.4 · Services de soins intensifs 7.4

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique L'organisme dispose d'une stratégie pour unir ses forces à celles des usagers afin de recueillir des renseignements exacts et complets sur les médicaments des usagers et se servir de cette information aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes." Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR." Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normes sur le leadership 15.8
<p>Liste de contrôle d'une chirurgie L'équipe utilise une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normes relatives aux salles d'opération 6.8 • Services d'obstétrique 9.9

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété. *Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins ambulatoires 8.4 · Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 9.15
<p>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</p>	
<p>Programme de gérance des antimicrobiens L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier ou des soins continus complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments 2.3
<p>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</p>	
<p>Prévention de la violence en milieu de travail L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Normes sur le leadership 2.10

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes	
<p>Stratégie de prévention des chutes L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services de chirurgie 15.2 · Services d'imagerie diagnostique 15.6 · Soins ambulatoires 17.2 · Services d'obstétrique 18.2 · Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 21.2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention des plaies de pression L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services de soins intensifs 10.6 · Services de chirurgie 7.9 · Services de soins de longue durée 8.4 · Services de traitement du cancer et d'oncologie 9.4 · Services de médecine 9.4 · Services de réadaptation 9.4

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
1.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme participe à la définition et à la mise à jour de l'énoncé de valeurs de l'organisme.	
4.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme participe à un processus qui vise à élaborer ou à mettre à jour l'énoncé de mission.	
4.4 Lorsqu'ils définissent la vision et le plan stratégique de l'organisme, les membres du personnel d'encadrement de l'organisme tiennent compte des besoins de la communauté et des priorités établies par le gouvernement et les autres partenaires.	
4.6 Le plan stratégique de l'organisme comprend des buts et des objectifs qui présentent des résultats mesurables conformes à la mission et aux valeurs.	
4.10 S'il y lieu, le personnel d'encadrement de l'organisme fournit aux partenaires de l'interne et de l'externe, ainsi qu'au conseil d'administration, un rapport sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts et les objectifs stratégiques.	
6.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un processus pour gérer les changements.	
6.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme choisit des systèmes et des outils de gestion pour surveiller la mise en place des plans opérationnels et fournir des rapports à ce sujet.	!
12.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise un processus structuré pour déterminer et analyser les défis ou les risques réels et potentiels.	!

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

Une planification stratégique 2010-2015 a été élaborée en 2010. Cette planification stratégique n'a pas été assortie d'indicateur. Un bilan en a été fait en 2011. Les personnes rencontrées expriment ne pas avoir entendu parler de cet exercice ou nous disent qu'aucun suivi n'en a été fait. Le contexte d'instabilité de l'organisme a été notamment un facteur de l'absence de suivi de cet exercice. Il n'y a pas de systématisation de plans opérationnels annuels. L'énoncé de valeur tel qu'indiqué dans le document est peu connu lors des rencontres avec le personnel. Par ailleurs, l'organisme a un code d'éthique et le comité des usagers connaît ce dernier. La mission n'a pas été mise à jour depuis 2010.

La mission universitaire est un dossier porteur et plusieurs personnes de l'organisation y croient. L'enjeu lié à la concrétisation du campus clinique est présent. Cependant, une concertation et compréhension des bénéfices de cette orientation mériteraient d'être communiquée et clarifiée au niveau organisationnel afin d'en susciter une adhésion plus générale.

3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur la gouvernance	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
1.5 Le conseil d'administration élabore des règlements et des politiques, et les met à jour régulièrement selon un processus établi.	
2.4 Le conseil d'administration dispose de critères écrits, et recrute et choisit ses nouveaux membres grâce à un processus établi.	
2.5 Les nouveaux membres du conseil d'administration reçoivent une orientation avant de participer à leur première réunion.	
2.7 Les membres du conseil d'administration reçoivent de la formation continue qui les aide à remplir les rôles et responsabilités qui leur sont propres, de même que celles de l'ensemble du conseil d'administration.	
2.8 Les politiques et les règlements du conseil d'administration qui portent sur sa composition traitent de la durée et des limites du mandat, des exigences en matière de participation, ainsi que de la rétribution.	
3.1 Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel en matière d'éthique et de critères fondés sur l'expérience concrète pour le guider dans ses décisions.	!
4.2 Lorsqu'ils élaborent ou mettent à jour l'énoncé de mission, le conseil d'administration et les dirigeants de l'organisme consultent le personnel et les intervenants, dont les partenaires et les clients.	
5.2 Le conseil d'administration collabore avec les dirigeants de l'organisme pour consulter le personnel, les prestataires de services, les clients et leur famille pour définir ou mettre à jour l'énoncé des valeurs de l'organisme.	
6.1 Le conseil d'administration supervise le processus de planification stratégique et guide les dirigeants de l'organisme dans l'élaboration et la mise à jour de la vision et du plan stratégique de l'organisme.	!
6.3 Le conseil d'administration collabore avec ses dirigeants pour effectuer une analyse continue du milieu en vue de cerner les changements et les nouveaux défis, et s'assurer que son plan, ses buts et objectifs stratégiques sont ajustés en conséquence.	!
7.8 Le conseil d'administration dispose d'un plan pour la relève du DG.	

7.9	Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion des talents de l'organisme.	!
9.2	Le conseil d'administration surveille les mesures de sécurité des clients qui touchent l'ensemble de l'organisme.	!
9.3	Le conseil d'administration donne suite aux recommandations émises dans les rapports trimestriels de l'organisme sur la sécurité des patients.	
9.4	Le conseil d'administration revoit régulièrement la fréquence et la gravité des événements indésirables, ainsi que des incidents et accidents évités de justesse, et il utilise l'information pour saisir les tendances, les questions entourant la sécurité des clients et du personnel, de même que les possibilités d'amélioration.	!
10.3	Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir, mettre en oeuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme.	
10.4	Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages au personnel, aux partenaires et à la communauté.	
11.2	Le conseil d'administration fait de l'amélioration de la qualité un point permanent à l'ordre du jour de ses rencontres.	!
11.4	Le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soit en place.	!
13.6	Le conseil d'administration évalue régulièrement le rendement de son président selon des critères établis.	!
13.7	Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.	!

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

Depuis la dernière visite d'agrément (2011) quatre directeurs généraux ont occupé le poste au sein de l'organisme. Cette situation a fragilisé l'organisation. Les plans de relève du directeur général n'ont pu être élaborés. Tout au long de la visite, il a été constaté l'appréciation unanime de l'actuel directeur général, qualifié de rassembleur, de personne de rigueur et de résultats. Un plan de retour à l'équilibre budgétaire a monopolisé les activités du conseil d'administration depuis 2013 et a demandé une énergie considérable pour gérer ce dossier. Les objectifs actuels du conseil d'administration visent à stabiliser la direction générale et la situation budgétaire. Malgré cette turbulence, le conseil exprime que la qualité des services a toujours été au centre de ses préoccupations. Plusieurs personnes se sont jointes au conseil d'administration depuis 2012. Les membres expriment que le climat de travail est très bon. Une entente-cadre de collaboration pour la formation et la recherche avec l'Université du Québec à Rimouski (lien scientifique et pédagogique à privilégier) a été entérinée en mai 2013 par le conseil. De plus, l'établissement a développé un campus clinique satellite de l'Université Laval avec la ratification en juin 2013 d'un contrat d'affiliation avec la faculté de médecine de l'université Laval. Depuis l'arrivée du nouveau directeur général intérimaire, il est à souligner que des midis CA sont planifiés dans un calendrier, permettant ainsi de mieux informer les membres du conseil d'administration des activités qui se déroulent au sein de l'organisme, ce qui est tout à fait nouveau. Ces midis CA sont des plus appréciés par les membres qui disent mieux comprendre la réalité complexe d'un tel organisme.

La composition des sous-comités du conseil d'administration vient d'être renouvelée à la fin de 2013. Le conseil est fier de la concrétisation de plusieurs dossiers; mentionnons : la mission supra régionale dans plusieurs secteurs, les partenariats avec les maisons d'enseignement, la présentation des services de première ligne et de son importance au sein de l'organisme, la désignation d'un centre de traitement de cancer du poumon, etc. Les membres se disent très satisfaits de la documentation reçue avant et après chaque réunion du conseil d'administration. Suite aux résultats émanant du parachèvement de l'outil du fonctionnement de la gouvernance, le conseil s'est doté de deux actions à mettre en place : mettre en place un processus pour l'obtention d'information (soit les midis CA) avec un calendrier et s'assurer qu'une formation soit donnée au nouveau membre avant de participer au conseil d'administration. Les mécanismes de concertation sont à intensifier et à développer avec les partenaires. Les partenaires consultés se disent satisfaits des relations avec l'organisme, mais certains expriment intensifier ces relations en les formalisant davantage. Ils expriment comprendre la situation difficile que vient de vivre l'organisme.

Après chaque séance du conseil d'administration, un info-ca est distribué au personnel de l'organisme. Le conseil d'administration évalue depuis le 18 décembre 2012 le fonctionnement de chacune des réunions, ce qui est à souligner. Le conseil d'administration lors de la rencontre de gouvernance, a exprimé qu'il n'a pas développé les réflexes d'aller formellement vers les partenaires externes par exemple la municipalité, la commission scolaire, le service de police (à part notamment les organismes communautaires et autres organismes) afin de créer des liens. Le conseil d'administration devra suivre le plan de gestion des talents de l'organisme ainsi que le plan de communication. Finalement, le conseil d'administration est encouragé à se doter des mécanismes formels afin de surveiller selon les normes les éléments organisationnels liés à la qualité et à la sécurité.

3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
8.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme suit des critères établis pour orienter les décisions liées à l'attribution des ressources.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

La nouvelle équipe de la direction des ressources financières est engagée à l'amélioration de la qualité. Le cycle budgétaire est établi. Les gestionnaires participent activement au processus budgétaire et sont soutenus dans le suivi de leur budget. Un changement de culture visant une plus grande imputabilité des gestionnaires est en cours. L'organisme a vécu des difficultés à la fin de l'année financière 2011-2012 liées à une conjoncture et à un ensemble de variables. Un plan de redressement budgétaire a dû être élaboré. Selon les responsables, l'année 2013-2014 devrait se terminer en équilibre budgétaire. Des présentations sont faites sur le suivi financier pour habilitier les gestionnaires et leur assurer une autonomie et imputabilité de leur budget. Une rigueur dans l'analyse financière se fait pour l'adoption de nouveaux postes. Le service de l'analyse financière a poursuivi les travaux sur la recherche d'opportunités d'efficience et d'optimisation dans plusieurs secteurs de l'organisme. De nombreux chantiers de travail ont été mis en place dans l'année 2013-2014, dont notamment, l'assurance salaire, l'orientation, les heures supplémentaires, les services privés, les fournitures médicales et les médicaments. Ces efforts associés à un exercice visant l'optimisation des revenus permettent de récupérer des sommes récurrentes importantes. L'organisme a élaboré un Plan de gestion en ressources informationnelles et a structuré une gouvernance afin de suivre le plan et prioriser les actions à mettre en place. Au niveau de l'approvisionnement, le personnel du service a poursuivi l'actualisation de l'entente intervenue avec le CSSS de La Mitis concernant le traitement des activités d'approvisionnement et le soutien dans les processus. Des partenariats récents importants ont été établis avec la partie syndicale en ce qui a trait quant aux partages des alignements budgétaires. Par ailleurs, le processus de priorisation des équipements médicaux implique les médecins cliniciens, ce qui facilite l'adhésion aux décisions. Certaines économies de fournitures ont été possibles avec la collaboration des cliniciens qui acceptent de revoir certaines pratiques. La Fondation participe financièrement à l'acquisition d'équipements médicaux et à certaines activités pour les clientèles (par exemple : zoothérapie). Le changement de vocabulaire a généré des impacts sur le développement d'une culture émergente. À ce titre, mentionnons l'utilisation du terme « optimisation » au lieu de « coupures ». Une dynamique de questionnement et d'amélioration des pratiques s'intensifie sur le plan organisationnel. Des cibles sont toutefois notées. Les efforts visant à s'assurer de la qualité des informations doivent se poursuivre (exemple : la codification aux archives qui ne représente pas actuellement le niveau des activités). Le comité des revenus est encouragé à poursuivre ses travaux. Selon les responsables, un projet « lean » quant à tout le processus de suivi budgétaire permettrait une modernisation des pratiques. Finalement, l'orientation de pérenniser la planification budgétaire en intégrant la mise en place d'une marge de manœuvre permettra de financer des travaux d'optimisation.

3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
2.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille l'état de fatigue et de stress du personnel et des prestataires de services et s'emploie à atténuer les risques de sécurité qui s'y rattachent.	
2.10 L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail. 2.10.4 L'organisme effectue des évaluations des risques pour vérifier le risque de violence en milieu de travail. 2.10.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail, et il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence, et apporter des améliorations à la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail. 2.10.8 L'organisme fournit de l'information et de la formation au personnel sur la prévention de la violence au travail.	 PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE
2.13 L'organisme contrôle la qualité de sa culture axée sur un milieu de travail positif en se servant du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail. 2.13.2 L'organisme a pris des mesures pour réagir aux résultats de son dernier sondage sur la qualité de vie au travail.	!
10.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme établit un plan de gestion des talents qui comprend des stratégies de développement des capacités de l'équipe de leadership et des compétences au sein de l'organisme.	
10.7 L'organisme définit par écrit les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des usagers.	!
10.10 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre des politiques et des procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel et qui sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	!
10.11 Les politiques et les procédures de l'organisme qui permettent de surveiller le rendement indiquent comment traiter les problèmes liés au rendement de façon juste et objective.	
10.12 Le personnel d'encadrement de l'organisme mène des entrevues de départ et utilise cette information pour améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisme accorde une grande importance au personnel qui y œuvre. Le processus de planification de la main-d'œuvre (PMO) est implanté depuis trois ans. L'organisme a ciblé les titres d'emploi précaire pour lesquels des stratégies d'attraction et de recrutement sont développées. Citons notamment, celle qui est adaptée aux postes en terme de criticité et de rareté. En sus du recrutement traditionnel interne et externe, l'utilisation des réseaux sociaux est explorée et a déjà donné des résultats. Des défis sont présents notamment face au bassin limité de ressources de la région. La direction des ressources humaines dresse pour les gestionnaires des portraits personnalisés en termes de besoins en ressources nécessaires. Afin de favoriser le recrutement, des ententes sont également faites avec les maisons d'enseignement. Afin d'améliorer la rétention, l'organisme a commencé à identifier des actions de fidélisation. Un plan d'action « stratégies d'attraction et de fidélisation du personnel 2014-2016 a été élaboré ». Selon les discussions, les liens avec les partenaires syndicaux sont adéquats.

En 2012, un processus de dotation pour le personnel syndiqué a eu lieu et un réajustement des périodes d'affichage (de 3 à 8) a eu lieu. Un programme d'encadrement professionnel pour les techniciens et professionnels (parrainage) a été développé. Signalons que depuis la dernière visite d'agrément, quatre directeurs généraux ont occupé ce poste au sein de l'organisme. Un processus d'attrition de plusieurs postes s'est déroulé juste avant le parachèvement du sondage sur la mobilisation. Malgré le fait que ce processus se soit relativement bien déroulé selon les personnes rencontrées, il a eu des impacts sur le climat de travail dans l'organisation. Suite au sondage de mobilisation, une analyse en a été faite et un plan d'action, en concertation avec les directions, est en voie d'être élaboré.

En ce qui a trait à l'appréciation de la contribution, le processus est à géométrie variable. Les cadres sont évalués annuellement et l'évaluation en cours de probation est consignée. Il n'y a cependant pas de processus systématisé pour l'appréciation périodique en cours d'emploi. Le nouvel outil d'appréciation de la contribution, qui est exhaustif aux dires de certains gestionnaires, soulève des questionnements dans son applicabilité en tenant compte du contexte et des obligations prescrites de l'ensemble des gestionnaires. L'organisme est encouragé à se pencher sur cet élément. Un cycle d'évaluation des besoins de formation est systématisé depuis environ trois ans. Des plans d'action visant à favoriser un milieu de travail sain et sécuritaire et pour la prévention des signes d'épuisement professionnel sont en voie d'élaboration, mais il serait souhaitable de les finaliser avec des échéanciers et indicateurs de résultats et de les suivre de façon rigoureuse.

Un programme d'encadrement clinico-administratif est en implantation. Ce programme révisé l'ensemble des processus d'orientation afin de les structurer autour du développement des compétences et de la gestion des talents.

La qualité de vie au travail est abordée dans des sous-comités du comité paritaire (comité orientation paritaire santé sécurité du travail). À la demande des employés, des ententes corporatives ont été faites (divers rabais, etc.). D'autres initiatives font l'objet d'analyses : clinique de changement de pneus, paniers de légumes, atelier de couture, gymnase, etc.). L'organisme a été modèle pendant plusieurs années face au taux d'assurance salaire. Des variables conjecturales ont eu l'an passé des impacts négatifs sur ce taux. Des actions sont en cours pour le rétablir au niveau requis. Plusieurs plans de développement des compétences 2013-2014 pour toutes les catégories d'employés (syndicats) et gestionnaires ont été élaborés. L'organisme est encouragé à en faire des bilans. Le programme d'accueil, d'intégration et de soutien aux nouveaux cadres mérite d'être souligné pour sa qualité. De nombreuses activités de reconnaissances sont organisées. L'organisme est encouragé à mettre en œuvre son plan d'action identifiant le développement du milieu de travail sain et sécuritaire, la qualité de vie au travail et la prévention des signes d'épuisement professionnels. Un échéancier et des indicateurs devraient être identifiés à ces cibles d'amélioration.

Les bénévoles offrent et soutiennent de nombreuses activités tant à l'hôpital qu'au centre d'hébergement dont notamment : présence aux cliniques de vaccination, visites amicales, soutien à l'alimentation, activités de Noël, tricots, fabrication de supports pour bras, mise à jour des présentoirs de l'urgence, aide à la boutique, etc. Ces services sont des plus appréciés par le personnel.

15.8.6	L'organisme vérifie si le processus d'établissement du bilan comparatif est respecté, et il apporte des améliorations au besoin.	SECONDAIRE
15.10	L'organisme surveille sa culture de sécurité des usagers en ayant recours au Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers.	!
15.10.2	L'organisme a pris des mesures en réaction aux derniers résultats du Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers.	
15.11	Le personnel d'encadrement de l'organisme fournit au conseil d'administration des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, y compris des recommandations découlant des enquêtes sur les incidents indésirables et du suivi qui a leur a été accordé, et sur les améliorations qui ont été apportées.	
15.11.1	Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers ont été fournis au conseil d'administration.	PRINCIPAL
15.11.2	Les rapports précisent les activités et les réalisations spécifiques de l'organisme qui viennent appuyer les buts et objectifs en matière de sécurité des usagers.	SECONDAIRE
15.11.3	Des preuves démontrent que le conseil d'administration appuie les activités et les réalisations, et qu'il accorde un suivi aux recommandations présentées dans les rapports trimestriels.	SECONDAIRE
16.2	Le personnel d'encadrement de l'organisme suit un processus défini pour sélectionner et surveiller les processus et les mesures de résultats à l'échelle de l'organisme dans le but d'évaluer le rendement de l'organisme d'un point de vue stratégique.	!
16.3	Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille et appuie les divers secteurs de services, les unités et les programmes pour qu'ils assurent le suivi des indicateurs de processus et de résultats qui leur sont propres et qui s'harmonisent aux larges buts et objectifs stratégiques de l'organisme.	!
16.6	Le personnel d'encadrement de l'organisme vérifie si les plans d'amélioration de la qualité et les changements qui s'y rattachent sont mis en oeuvre.	!

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

Les personnes rencontrées représentant les conseils professionnels (Conseil des infirmières et infirmiers [CII], conseil multidisciplinaire [CM] et conseil des médecins, dentistes et pharmaciens [CMDP]) sont dynamiques et comprennent le rôle de ces entités quant à l'importance de l'évaluation des actes professionnels. Les conseils professionnels n'ont pas été impliqués dans la démarche d'agrément sauf pour une conseillère en soins infirmiers. Des avis et recommandations sont élaborés par le CII et le CM. Ces conseils sont toutefois encouragés à s'assurer du suivi des avis qu'ils émettent.

Des comités morbidité et mortalité sont formés dans certains départements médicaux et le comité d'évaluation de l'acte semble jouer son rôle. Cependant, le soutien archiviste ne permet pas actuellement de faire les études comme ce comité le souhaiterait. La dernière année a été mobilisante pour le CII. Une vision et un cycle d'appréciation des soins ont été élaborés et c'est à souligner. Le CM est dynamique et «

hyperactif » selon les termes de la représentante. Il est visible et a produit des dépliants d'information à l'embauche des professionnels et un plan d'action de ces activités. Une grande assistance est constatée aux activités Midi CM. Le professionnel du CM participe aux entrevues d'embauche du professionnel qui lui correspond. Les personnes rencontrées expriment que les suivis sont faits à la suite des visites d'inspection des ordres professionnels. Chacune des entités travaille dans son secteur et a eu quelques dossiers en commun (exemple : CII et CM pour problématique physio et nutritionnistes). Les rencontres avec le directeur général sont des plus appréciées. Lors de la rencontre, chacun des conseils a découvert certains dossiers auxquels ils pourraient collaborer ou en être informés. Il serait intéressant que les exécutifs ou présidents des conseils en tant que responsables de la qualité des actes professionnels, identifient des moyens afin d'assurer une intégration possible de dossiers qui pourraient être communs en se réunissant par exemple quelques fois par année. Le défi de libération des responsables des conseils professionnels est présent afin qu'ils puissent assurer pleinement leur mandat.

La commissaire locale aux plaintes, arrivée en poste en 2013, constate une excellente collaboration des gestionnaires dans le traitement des plaintes. Les délais de traitement respectent la loi. Cette année, elle a traité plus de 150 plaintes et 50 interventions et assistances. Elle identifie les tendances de son secteur. Elle se sent soutenue dans l'organisation. Pour l'année 2014-2015, elle souhaiterait mettre en place un processus de rencontre avec les nouveaux employés afin de les entretenir sur leurs droits et le commissariat aux plaintes et à la qualité des services. Elle fera le lien avec la direction des ressources humaines. Elle prévoit aussi faire une tournée sur les valeurs et le code d'éthique. Un plan d'action est à venir. L'organisme est encouragé à s'assurer d'éviter l'élaboration de plusieurs codes d'éthique spécifiques au sein de différents secteurs. Dans une perspective d'amélioration de la qualité, la perspective éducative des enseignements tirés des plaintes est importante à communiquer à l'équipe de direction.

Le programme d'agrément a été présenté à tous les cadres en 2013. Le plan intégré de la qualité date de 2007. Il serait pertinent de le moderniser. Le plan de gestion intégré des risques reste à élaborer. La culture de déclaration des incidents et accidents est implantée. Les événements sentinelle font l'objet d'une gestion adéquate. Il est cependant nécessaire de mettre en place un mécanisme de suivi rigoureux quant à la réalisation des recommandations en identifiant les responsables de l'actualisation de ces recommandations, des échéanciers et des indicateurs pour chacune d'elle. Le suivi du sondage sur la culture de sécurité est à faire. Il n'y a pas eu d'encadrement pour l'élaboration des plans d'amélioration de la qualité entre la dernière visite et celle actuelle. Pour la démarche actuelle, l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité s'est faite de façon discrétionnaire dans les secteurs. Une démarche de pérennisation des équipes qualité est en réflexion. L'organisme est invité à mettre en place des mesures structurantes d'élaboration de plans d'action avec des indicateurs mesurables, de pérennisation des équipes d'amélioration de la qualité et de présentations formelles de ces plans d'action. La diffusion et la viabilité des résultats globaux de l'amélioration de la qualité sont parcellaires, sauf pour la prévention des infections. Un plan d'action est en élaboration pour répondre à ce critère, dont la pérennisation des équipes qualité. Selon les personnes rencontrées, les comités de gestion des risques et le comité de vigilance fonctionnent bien. Il existe peu d'initiatives d'évaluation de la satisfaction de la clientèle. Il n'y a pas eu d'encadrement pour l'élaboration des plans d'amélioration de la qualité entre la dernière visite et celle actuelle.

Les personnes rencontrées du comité des usagers sont engagées et déploient plusieurs efforts pour faire en sorte que ce comité joue son rôle. Des initiatives ont été prises dont la création d'un site Web, objets promotionnels, présence continue pour soutenir les usagers. La personne désignée par le comité comme agent de liaison a créé au fil des années de nombreux partenariats à l'interne de l'organisme. Il participe à certaines entrevues de sélection et apprécie la confiance que l'organisme lui témoigne. Il se sent consulté et impliqué.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
1.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en oeuvre un cadre conceptuel en matière d'éthique dans le but de favoriser l'éthique dans la pratique.	!
1.5 Le cadre conceptuel en matière d'éthique définit les processus et les outils servant à gérer les problèmes, les dilemmes et les préoccupations d'ordre éthique.	
1.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme désigne et surveille les personnes responsables du cadre conceptuel en matière d'éthique et des processus de résolution des problèmes d'éthique.	
1.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme renforce la capacité de l'organisme à utiliser le cadre conceptuel en matière d'éthique.	
1.8 Le personnel d'encadrement de l'organisme suit un processus de collecte et d'examen de l'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique.	
1.9 Le personnel d'encadrement de l'organisme utilise l'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique pour améliorer la qualité des services.	
1.10 Le cadre conceptuel en matière d'éthique englobe un processus pour examiner les répercussions des activités de recherche sur l'éthique.	!

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

Malgré l'absence d'un cadre conceptuel en éthique, le comité d'éthique a revu en 2011 ses statuts et sa composition à la suite de la dernière visite d'agrément. La composition médicale a été élargie vers une composition interdisciplinaire de 11 membres. Il tient quatre rencontres annuelles. Les membres signent un engagement à la confidentialité et deux formations ont été organisées pour eux. Des rapports annuels sont élaborés de même que des plans d'action et des bilans de réalisations de ces actions. La personne responsable assume adéquatement son rôle compte tenu des ressources disponibles. Un plan de communication 2012-2014 a été élaboré et la grande majorité des activités ont été réalisées. Compte tenu de l'absence de consultation dans la dernière année, l'organisme est encouragé à développer des moyens visant le partage des enseignements tirés des travaux du comité d'éthique pour susciter l'intérêt des professionnels.

Le comité d'éthique à la recherche est fonctionnel et des politiques encadrent ses activités. Ce dossier fait partie des travaux visant le développement de la mission universitaire. Environ 25 projets de recherche principalement de nature contractuelle sont évalués annuellement dans les spécialités suivantes : principalement en hématologie, de façon ponctuelle en néphrologie, rhumatologie et autres. Un cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques en recherche est en voie d'élaboration et couvrira tous les volets encadrant la recherche, dont les activités du comité d'éthique à la recherche. L'organisme est encouragé à poursuivre les travaux qui sont bien amorcés. Le cadre conceptuel en éthique permettra d'intégrer les différents volets face aux activités éthiques dans l'organisation.

3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
7.4 Le personnel d'encadrement de l'organisme collabore avec le conseil d'administration pour élaborer et mettre en oeuvre un plan de communication en vue de diffuser de l'information aux partenaires de l'interne et de l'externe, et en recevoir d'eux.	
11.6 Le personnel d'encadrement de l'organisme évalue régulièrement la qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme, et améliore les systèmes d'information de celui-ci.	

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

Une politique et procédure sur les relations avec les médias a été approuvée en septembre 2011. Depuis presque un an, aucune ressource n'était affectée exclusivement à la fonction des communications internes et externes de l'organisme. Un enjeu d'importance touche notamment les communications internes (conseil d'administration, haute direction, cadres et employés). Depuis deux mois, plusieurs demandes médiatiques (35), entrevues accordées (27), communiqués de presse et tournages ont été soutenus par la nouvelle ressource. Une formation aux gestionnaires est en cours de planification afin d'outiller ces derniers sur la base de communication permettant ainsi un partenariat avec ce nouveau secteur. Un calendrier des activités médiatiques jusqu'en juin 2014 a été élaboré également. La création d'un comité d'affaires publiques constitue une proposition de travail ainsi qu'une politique sur l'affichage. Le journal interne l'Amalgame est en place dans l'organisme et est produit mensuellement. L'organisme est encouragé à poursuivre le nouveau dynamisme amorcé dans ce secteur, ce qui permettra de consolider et de poursuivre les développements des partenariats externes et la mobilisation à l'interne. Un processus de revue de presse vient d'être mis en place.

Sur le plan des ressources informationnelles, depuis 2009, des activités ont été mises en œuvre afin de répondre aux 15 mesures prioritaires du MSSS. De façon générale, l'établissement répond à certaines exigences, mais il reste des travaux d'importance à mettre sur pied. Un bilan exhaustif a été produit, mais il demeure à être entériné.

Sur le plan de la sécurité, des plans de relève des systèmes en cas de panne de tout genre seraient nécessaires. Le dossier de la transition vers la régionalisation des systèmes d'information constitue un défi que l'organisme devra soutenir. Un souci constant face au respect de la confidentialité a été exprimé tout au long de la visite, ce qui mérite d'être souligné. Une semaine de la confidentialité ainsi que des chroniques sont effectuées. Un processus de restructuration a actuellement lieu au service des archives. Par ailleurs, un projet de changement de pratique passant de la codification rapide à complète est en cours. La vérification des indexations est en voie d'être finalisée permettant une visée d'intégrité et de qualité de données. Ce dernier projet favorise le partenariat entre le service des ressources informationnelles et celui des archives. L'organisme est encouragé à évaluer les risques que constitue l'absence d'un dossier unique de l'utilisateur notamment en hématologie et radio-oncologie. L'organisme est fortement encouragé de favoriser et développer la culture de balisage des pratiques cliniques et organisationnelles ainsi que la recherche des données probantes. L'organisme est invité à se doter d'une gestion documentaire moderne. Sauf pour les laboratoires, il est difficile d'avoir accès aux protocoles cliniques à jour, aux politiques, aux outils de gestion, etc.

3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Soulignons la grande collaboration, l'accueil et le professionnalisme du personnel de l'entretien pendant la visite.

Le secteur vit un changement de gestion récemment suite à la retraite du chef des installations matérielles. Un retard est mentionné dans l'exécution du plan de maintien des actifs. Par contre, plusieurs réalisations ont été faites et l'enveloppe a été rehaussée avec le soutien de l'ASSSBSL. Cela va aider à l'avenir. Le plan priorise les actifs à remplacer selon les critères de risque reconnus. Il a été révisé en 2013 et adopté en comité de direction. À ce jour, la ventilation d'une des deux salles de serveur a été refaite, des améliorations ont été réalisées au bloc opératoire. L'alimentation de secours a été revue au centre d'hébergement (génératrice et inverseur). Pour la stérilisation, des travaux temporaires sont prévus suite à une mise à niveau avec l'Agence. Une attention particulière est suggérée pour améliorer l'éclairage, la peinture et les tuiles du plafond lors des travaux à la stérilisation.

La rénovation des salles de bain au 5A ces dernières années a amélioré les conditions d'hospitalisation d'une clientèle vulnérable. La qualité de l'installation de la Résidence Mon Parcours est également à souligner (bain adapté, réglage de la température d'eau chaude, cloche appel, salle de bains, sécurisation des portes d'entrée).

En cohérence avec le rapport 2011, les employés du service des installations matérielles poursuivent leur participation dans l'entretien sécuritaire des installations, bâtiments et équipements sous leur responsabilité. Grâce au système Octopus, ils entrent eux-mêmes les requêtes de service qui ont été résolues. À cet effet, il serait suggéré d'assurer une gestion particulière des requêtes complexes, dont l'attente peut être importante, voire de plusieurs mois à plus d'une année. La possibilité d'une rétroaction au demandeur dans certains cas pourrait être à explorer. Les rencontres hebdomadaires seront reprises prochainement. Elles permettent d'échanger sur la particularité des requêtes et les délais tout en favorisant le travail d'équipe entre les métiers. Pour les contrats de service, les requêtes traitées ne sont pas entrées dans le système. Le chef de service reçoit du fournisseur les travaux réalisés.

Avec le soutien de l'Agence, l'organisme a acquis récemment une version Octopus pour l'entretien préventif. Le secteur se donne environ trois ans pour migrer le système maison vers ce système régionalisé en intégrant l'ensemble des installations du CSSSRN. Actuellement, l'entretien préventif des secteurs critiques et mécaniques serait réalisé à près de 90 % selon le gestionnaire du secteur. Par contre, pour le secteur plomberie et électrique, le taux d'entretien préventif serait sous la barre des 50 %. La thermographie n'est pas réalisée dû au manque d'effectifs. Un projet inspiré de l'approche LEAN pourrait soutenir ce secteur. Par exemple, il serait possible d'introduire des cibles réalistes d'entretien préventif d'année en année avec la participation du personnel. L'accueil, la mobilisation et l'engagement des employés sont à souligner.

Suite à la visite du Conseil québécois d'agrément et de la visite ministérielle d'appréciation des services, un plan d'action découlant des éléments non conformes a été élaboré par la direction des services techniques. Nous encourageons l'organisme à s'assurer de sa réalisation.

Au niveau de l'environnement, le service se préoccupe constamment de l'économie d'énergie lors de projets de rénovation. La consommation d'énergie se compare avantageusement aux centres similaires.

Tel que mentionné au rapport 2011, l'unité 1C est désuète. Le système de clef serait urgent à changer au 1C pour des raisons de sécurité. Compte tenu de l'impact de l'environnement sur le rétablissement de la clientèle hospitalisée en santé mentale, des retouches de peinture au 1C seraient encouragées. Il serait aussi souhaitable d'organiser une rencontre avec l'unité du 1C et la Direction des services techniques afin de faire le bilan des aménagements faits dans la section vitrée. Ce serait l'occasion de faire le point sur les obstacles et alternatives et explorer toutes les pistes possibles temporaires d'amélioration des espaces tant pour la sécurité de la clientèle que de celle des intervenants. Une attention particulière devrait être apportée à la signalisation (exemple en préadmission). Il est également suggéré de vérifier tous les escaliers terrazzo au CSSSRN et ajouter des bandes antidérapantes aux endroits pertinents.

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

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

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

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

Le technicien en prévention et coordonnateur de la sécurité civile a le bénéfice d'être aussi chef pompier à temps partiel, ce qui fait de cette ressource une personne-conseil importante au sein de l'organisation. Depuis la dernière visite d'agrément, un tableau plus précis des suivis de formations a été mis en place. Les politiques sur les codes de couleurs sont à jour et connues du personnel. Deux comités viennent d'être fusionnés, soient le comité sur la sécurité civile et le comité des mesures d'urgence; la composition de ce nouveau comité est représentative des soins et services. L'arrivée d'une responsable des communications dans les derniers mois aura un effet mobilisateur au sein de ce comité. Le calendrier des exercices d'évacuation (en simulation) en cas de feu est planifié pour couvrir tous les secteurs; des bilans des exercices et des situations, comme tempête de neige exceptionnelle, permettent l'amélioration des procédures reliées aux mesures d'urgence. Il est suggéré de continuer les efforts de demeurer alertes avec les partenaires en cas de sinistres. Les procédures en cas de pandémie devront être révisées en collaboration avec l'Agence pour être conformes aux attentes. Il est aussi encouragé de poursuivre la participation aux tables régionales et aux diverses formations offertes afin de maintenir le cap sur les lignes directrices en matière de sécurité civile et mesures d'urgence.

3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d’opération	
11.5 L'équipe de la salle d'opération communique avec les clients ou les prestataires de services de suivi pour aider à évaluer l'efficacité de la chirurgie et le transfert postchirurgical, et pour apporter des améliorations à ses services, s'il y a lieu.	

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

L'équipe qui s'occupe des admissions est très engagée et beaucoup de travail s'est fait depuis le dernier agrément. On note particulièrement : l'organisation du travail aux admissions où règne un esprit d'équipe et où le personnel de première ligne est écouté par les gestionnaires afin d'optimiser le travail et éviter les engorgements surtout le matin; et le travail pour simplifier les processus en préadmissions chirurgicales où tous les processus ont été revus. Nous soulignons particulièrement le travail qui a été fait avec le comité de travail composé de plusieurs chirurgiens et gestionnaires pour faire adopter ce processus par tous les chirurgiens. Ce nouveau processus a permis de diminuer le temps à une semaine pour avoir un dossier complet et prêt pour être placé sur la liste d'attente pour être mis sur l'horaire de la salle d'opération. L'équipe espère ainsi diminuer les « trous » dans l'horaire opératoire qui peuvent survenir quand il y a des annulations de dernière minute. Ce nouveau processus est en place depuis quelques semaines et nous encourageons l'équipe à faire un suivi régulier avec des mesures afin d'évaluer le succès de ce nouveau processus. Il y a une belle collaboration et une bonne communication entre le secteur des préadmissions et le personnel de la clinique préchirurgie ce qui assure le succès continu des initiatives mises en place.

Un autre projet d'amélioration qui a été mis en place est un outil de vérification de la qualité du dossier préopératoire. Une simple feuille de confirmation est placée sur le dessus du dossier et la personne chargée de l'audit coche une des quatre mesures de la qualité du dossier. S'il y a un élément manquant, le dossier est réacheminé au médecin qui a acheminé la requête pour être complété. Ceci aussi a été mis en place afin d'éviter des refus de dernières minutes au bloc opératoire pour cause de manque d'informations essentielles. Encore une fois, on encourage l'équipe à faire un suivi systématique afin d'apporter des correctifs et des améliorations en continu de leurs protocoles et processus.

Le comité de gestion de lits se rencontre quotidiennement pour voir à la bonne assignation des priorités et s'assurer que les transferts de patients se font sans heurts. Des infirmières de liaisons médicales et de chirurgie dans ces services contribuent au bon déroulement des transferts. On ne rapporte pas d'engorgement à l'urgence (pas de 24 heures) et aucune annulation de chirurgie. Le temps moyen de séjour est de 7,8 jours. On rapporte que la création de l'URTF a beaucoup aidé à diminuer le temps de séjour en milieu hospitalier. En plus, un comité d'arrimage se rencontre deux fois semaine pour assurer une bonne continuité avec les partenaires externes.

3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	
2.4 Tous les superviseurs et les membres du personnel qui participent aux activités de retraitement ont réussi un cours reconnu sur le retraitement et la stérilisation.	
3.5 L'organisme assure la régulation de la qualité de l'air, de la ventilation, de la température, de l'humidité relative et de l'éclairage dans les zones de décontamination, de retraitement et d'entreposage.	
3.6 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.	
4.10 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.	
5.9 L'équipe effectue régulièrement des évaluations quant à l'ergonomie et à la santé et la sécurité au travail de son service de retraitement des appareils médicaux.	
11.3 L'équipe est en mesure de retracer tous les articles stérilisés qui sont entreposés ou transportés jusqu'aux unités de soins ou à d'autres organismes.	
12.2 Dans le cadre du système de la gestion de la qualité, l'équipe effectue une vérification annuelle des activités de retraitement et de stérilisation et elle produit des rapports officiels à la haute direction de l'organisme.	
Ensemble de normes : Prévention des infections	
12.8 L'organisme consigne les désinfections en précisant l'instrument traité et le désinfectant utilisé.	
Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique	
8.1 La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement et de stérilisation dans l'organisme passe en revue et approuve les installations de l'équipe ainsi que les politiques et procédures de nettoyage et de retraitement.	

8.11 L'équipe dispose d'un processus qui permet de retracer tout l'équipement et tous les appareils diagnostiques en cas de panne ou de défaillance du système de retraitement.	
8.12 La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement et de stérilisation dans l'organisme surveille la conformité de l'équipe aux politiques et aux procédures de l'organisme sur le nettoyage et le retraitement.	

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

GBM:

Le département du génie biomédical de l'établissement dispose d'un outil informatique lui permettant de mettre en œuvre programme d'entretien préventif très bien structuré. Tous les appareils et équipements y sont répertoriés pour lesquels un numéro d'inventaire a été attribué et apposé sur l'équipement. Pour chacun des équipements, une fréquence pour la réalisation des entretiens préventifs est définie ce qui permet de générer les tâches automatiquement et de s'assurer de leur réalisation. Le système permet d'extraire différents indicateurs afin de s'assurer de l'efficacité du programme et d'apporter des améliorations. Un processus pour l'acquisition et le renouvellement des équipements utilisant un système de pondération est en place. Le génie Bio médical y contribue en faisant des recommandations pour le remplacement d'équipements en fonction de leur niveau de vétusté.

Un projet pilote d'entente de service est amorcé avec le service de retraitement. Ce projet est une belle initiative qui a pour objectif de définir de façon plus personnalisée les délais dans lesquels les interventions effectuées par le service de génie biomédical devraient être réalisées afin de mieux répondre aux besoins du service.

Retraitement:

Le personnel de l'unité de retraitement réalise son travail avec une grande rigueur et fierté. Les méthodes de travail utilisées sont standardisées. Des outils tels que les feuilles à cocher et des fiches de références avec photo pour le montage des plateaux sont utilisés. La qualité et la sécurité est une préoccupation pour eux et ils connaissent l'impact d'une défaillance pour la clientèle. L'infirmière clinicienne qui est responsable de la qualité pour les activités du service de retraitement a développé un rapport qualité qui leur permet de déclarer les non conformités et d'effectuer les suivis tant à l'interne qu'avec les différents services dans l'établissement qui effectuent certaines activités de retraitement.

L'équipe est bien encadrée et une évaluation des compétences a été réalisée pour la majorité du personnel qui y travaille. Pour ce faire, des grilles d'activités observables ont été développées pour chacune des sections de travail.

Les aires de travail présentent cependant certaines lacunes du point de vue environnemental. Les principaux problèmes sont à l'effet que l'éclairage est déficient, le niveau de ventilation ne peut être contrôlé, la peinture et les plafonds sont à refaire. De plus, l'utilisation d'un bac de trempage mobile dont la vidange doit être faite dans un drain au plancher et le remplissage au lavabo un peu plus loin dans la pièce, est toujours utilisé et représente des risques d'accident. Un plan de rénovation est prévu afin de remédier à la situation.

De nombreuses activités de retraitement sont effectuées à l'extérieur des murs du service de retraitement. Une trentaine de services au sein de l'établissement exécutent ce type d'activités. Actuellement, la formation et le contrôle de la qualité des activités de retraitement qui sont effectuées à l'extérieur du service ne sont pas encadrés de façon transversale ce qui représente un enjeu au niveau de la qualité et la sécurité. Un projet de guide de formation pour les préposés a été amorcé mais n'a pas encore été mis en place. L'établissement est invité à poursuivre sa réflexion et la mise en place d'actions afin de renforcer l'encadrement des activités de retraitement réalisées à l'extérieur du service central.

3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires

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

Les processus prioritaires propres aux normes sur les populations spécifiques sont les suivants :

Gestion des maladies chroniques

- Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.

Santé et bien-être de la population

- Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

3.2.1 Ensemble de normes : Populations mère-enfant

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population	
5.1 L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent aux populations mère-enfant.	

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

Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population

Ce secteur se distingue par le dynamisme de son continuum. Nous observons une passion envers l'excellence des services et un grand professionnalisme chez les acteurs rencontrés. Une culture de la planification et de la mesure des résultats est observée. Soulignons notamment l'obtention récente par le CSSSRN de la norme AMPRO qui contribue à l'excellence des services dans ce secteur.

Les besoins de la communauté sont connus et mis à jour sur une base continue via une gouvernance de concertation. Des liens étroits existent entre le CSSS et les partenaires de la communauté. Nous observons une volonté mutuelle à aller plus loin dans la connaissance des réalités respectives et à franchir d'autres étapes de partenariat populationnel et intersectoriel. L'ensemble des actions prévues a été évalué pour chacun des comités et des améliorations sont notées parmi les priorités établies il y a quelques années. Cela est digne de mention et constitue un modèle inspirant de projet clinique. Toutefois, un bilan de la gouvernance est suggéré et les efforts pour maintenir l'élan initial sont encouragés. Les partenaires apprécient le partenariat établi avec le CSSSRN. Ils soulignent la présence d'organismes communautaires qui fréquentent leur organisme et connaissent leur offre de services. À titre d'exemple, la Maison de la Famille est heureuse que le CSSS ait conclu une entente de transfert de responsabilité au plan du programme de soutien aux jeunes parents. Une collaboration étroite existe entre le CSSSRN et la Commission scolaire en lien avec l'accueil des enfants de maternelle 5 ans.

Plusieurs résultats ont été mesurés. La clientèle mère-enfant bénéficie de l'amélioration du continuum tant au plan de la continuité, de l'accessibilité que de la qualité des services. À titre d'exemple, un accès unique par une infirmière permet une meilleure gestion clinique lors de déclaration de grossesse. Ce type d'accès se répercute sur la capacité du réseau d'offrir les bons services au bon moment bien avant la naissance du bébé. Autre exemple, la clientèle SIPPE est entièrement rejointe par l'équipe multidisciplinaire. Un contenu clinique a été bonifié à partir de données probantes. Le taux d'allaitement s'est amélioré grâce à l'amélioration non seulement de l'offre de services, mais aussi grâce aux audits de dossiers. Cela permet de bien cibler les actions continues d'amélioration. L'utilisation du logiciel « SIC-Plus rendez-vous » permet d'améliorer la planification des horaires vaccination de manière coordonnée avec le suivi régulier.

En périnatalité, une démarche LEAN a également été réalisée en 2012 dans le contexte de la responsabilité régionale du CSSSRN notamment pour les grossesses à risque. Cette démarche a porté des fruits notamment par la réduction des durées de séjour hospitalier tant pour les accouchements naturels que pour les césariennes. L'équipe s'intéresse également aux données comparées et suit leur progression. La démarche est à poursuivre et nécessite la cohésion et la mobilisation de l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire.

En lien avec les données populationnelles, d'autres initiatives sont en cours, notamment auprès des pères. Nous invitons l'équipe à porter attention au déploiement concerté et adapté des mesures de satisfaction de la clientèle au long du continuum. Les approches de partenariat de services avec la clientèle sont notamment des pistes à explorer.

3.2.2 Ensemble de normes : Populations vivant avec une maladie chronique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques	
6.1 L'organisme maintient un système d'information clinique et des dossiers longitudinaux de clients.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Gestion des maladies chroniques	
<p>Parmi les réalisations, la responsable souligne la mise en place d'une équipe dotée de pratiques collaboratives. Un document intitulé : « Procédure pour les rencontres interdisciplinaires pour les interventions en 2e ligne en maladies chroniques » est le document de référence à cette équipe. Il est souhaitable que ce document soit présenté aux trois conseils professionnels de l'établissement afin de soutenir le développement des équipes interdisciplinaires de l'établissement. L'équipe a défini les modalités de leur fonctionnement, les moyens de communication, les standards de pratiques et l'identification des outils d'enseignement au cours des dernières années.</p> <p>Malgré la volonté de faciliter la communication et de diminuer la documentation, on retrouve de l'information dans le dossier du patient, dans celui du patient inscrit en GMF et dans le dossier de l'intervenant.</p>	

3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Analyses de biologie délocalisées

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

Épisode de soins primaires

- Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.

Direction clinique - Services de soins primaires

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

Compétences - Services de soins primaires

- 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.

Répercussions sur le rendement - Services de soins primaires

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats en vue d'évaluer et d'améliorer la qualité des services et les répercussions sur les clients.

Aide à la décision - Services de soins primaires

- Information, résultats de la recherche et preuves, ainsi que données et technologies qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions cliniques.

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

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

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

Gestion des médicaments

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

Dons d'organes et de tissus

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

Prévention des infections

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

Interventions chirurgicales

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

Services de diagnostic - Imagerie

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

Services de diagnostic - Laboratoire

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

Services transfusionnels

- Services transfusionnels

3.3.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

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

2.3	L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens.	
	Nota : À compter de janvier 2013, cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés. L'évaluation par rapport à cette POR débutera en janvier 2014 dans le cas des organismes qui offrent des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier ou des soins continus complexes.	
2.3.1	L'organisme met en oeuvre un programme de gérance des antimicrobiens.	PRINCIPAL
2.3.2	Le programme comprend la hiérarchie des responsabilités pour la mise en oeuvre.	PRINCIPAL
2.3.3	Le programme est interdisciplinaire et comprend la participation des pharmaciens, des infectiologues, des spécialistes en prévention des infections, des médecins, du personnel de la microbiologie, du personnel infirmier, des administrateurs de l'hôpital et des spécialistes des systèmes d'information, selon la disponibilité et la pertinence.	PRINCIPAL
2.3.4	Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens, qui peuvent comprendre la vérification et la rétroaction, un formulaire d'antimicrobiens ciblés et des indications approuvées, de la formation du personnel, des ensembles de modèles d'ordonnance antimicrobiens, des lignes directrices et des cheminements cliniques pour l'utilisation d'antimicrobiens, des stratégies de simplification ou d'allègement du traitement, l'optimisation de la posologie et la conversion parentérale à orale des antimicrobiens (le cas échéant).	PRINCIPAL
2.3.5	L'organisme établit des mécanismes pour évaluer le programme de façon continue et partage les résultats avec les parties concernées à l'interne.	SECONDAIRE
2.5	L'organisme met en oeuvre une stratégie complète de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.	
2.5.1	L'organisme dispose d'une politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.	PRINCIPAL
2.5.2	La politique précise le nom des personnes responsables de mettre en oeuvre la politique et d'en superviser l'application.	SECONDAIRE
2.5.4	La politique comprend des procédures pour l'entreposage, l'ordonnance, la préparation, l'administration, la délivrance et la consignation de chaque médicament de niveau d'alerte élevé, le cas échéant.	PRINCIPAL
2.5.7	L'organisme établit un mécanisme pour mettre régulièrement à jour la politique.	SECONDAIRE
2.5.8	L'organisme fournit de l'information et de la formation continue au personnel sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.	PRINCIPAL

- 6.1 L'organisme permet au personnel et aux prestataires de services d'avoir accès aux formulaires et aux documents relatifs à ses processus de gestion des médicaments dans la pharmacie et les secteurs de services cliniques.

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

L'équipe du département de pharmacie démontre une organisation de services centrée sur la sécurité des patients. Des aménagements récents assurent une prestation de services tout en répondant aux normes actuelles. L'organisation des lieux et du travail assurent une utilisation des médicaments et des technologies thérapeutiques de manière sûre et appropriée.

Des travaux ont été amorcés dans la mise en place du programme de gestion antimicrobien.

La politique sur la gestion médicaments de niveau d'alerte élevé est écrite; elle sera présentée prochainement aux différentes instances. La politique réfère aux titres des procédures. Ces dernières ne sont pas incluses dans le document. De l'information a été transmise auprès du personnel sur la gestion des médicaments d'alerte élevé.

On mentionne une grande disponibilité des pharmaciens à répondre aux interrogations des infirmières. On indique que des activités de formation continue sur les médicaments devraient être augmentées. Afin de poursuivre la collaboration interdisciplinaire, différentes avenues pourraient être considérées : représentation de la direction des soins infirmiers au comité pharmacologie de l'établissement et création d'un comité pharmaco-nursing.

Sur le site intranet de l'établissement, on retrouve les ordonnances collectives et les méthodes de soins. Il est encouragé de faciliter l'accès aux politiques et aux procédures en vigueur.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	
1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
1.7 L'organisme dispose d'une procédure opératoire normalisée (PON) qui définit clairement les rôles et les responsabilités de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.4.	
2.1 L'organisme dispose du bon agencement d'effectifs, en nombre adéquat, pour réaliser les ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.1.	
3.1 L'organisme offre à tous ceux qui effectuent une ADBD une orientation et une formation sur les procédures opératoires normalisées (PON).	
3.2 Celui qui effectue une ADBD reçoit de la formation continue et du perfectionnement. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15.	
3.3 L'organisme évalue chaque année le rendement de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.4 Dans le cadre de l'évaluation de son rendement, celui qui effectue une ADBD doit régulièrement fournir des preuves de ses compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement de celui qui effectue une ADBD.	
4.1 L'organisme dispose d'une PON pour chaque ADBD qu'il effectue sur place.	
4.4 L'organisme place les PON dans des endroits où celui qui effectue une ADBD peut facilement y avoir accès.	
4.8 L'organisme dispose d'une politique sur l'auto-test effectué par le client.	
5.3 L'organisme suit une procédure écrite pour l'installation, la validation et le calibrage de tout nouvel appareil d'ADBD.	!
5.4 L'organisme suit des procédures écrites pour entreposer, manipuler, nettoyer et désinfecter les appareils d'ADBD.	!

6.3	L'organisme suit une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ABBD.	!
6.6	L'organisme utilise un processus standard et uniforme pour étiqueter les réactifs et le matériel.	!
7.4	L'organisme utilise une requête écrite standardisée pour les ADBD qui lui permet de recueillir toute l'information nécessaire au sujet du client, des échantillons et des analyses demandées.	!
8.3	Avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD étiquette correctement, en présence du client, la requête et les échantillons avec les mêmes renseignements (nom de famille et prénom, date de naissance et sexe, numéro de dossier ou numéro d'assurance maladie) pour pouvoir retracer le client et l'échantillon.	!
9.1	L'organisme dispose d'une politique ou procédure normalisée et approuvée, écrite ou électronique, sur la façon de communiquer et de divulguer les résultats des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.8.2.	
9.4	Les professionnels de la santé suivent une procédure documentée pour communiquer les résultats des ADBD lorsque ceux-ci se situent à l'extérieur des intervalles de références pour les valeurs normales.	!
9.5	Lorsque l'organisme communique verbalement les résultats des ADBD, les résultats et les méthodes utilisées pour obtenir ces résultats doivent ensuite être consignés par écrit en précisant qu'il s'agit des résultats d'ABBD.	!
9.6	Celui qui effectue une ADBD remplit un rapport exhaustif et précis pour chaque ADBD qu'il effectue; le rapport se distingue des notes cliniques présentées dans le dossier du client.	
9.8	Lorsqu'il remplit le rapport d'une ADBD qui sera déposé dans le dossier du client, celui qui effectue une ADBD indique clairement que les résultats découlent d'une ADBD.	
9.9	Celui qui effectue une ADBD conserve le rapport de l'ABBD dans le dossier du client.	
10.1	L'organisme dispose d'un processus d'amélioration de la qualité des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.2.2, 4.2.4.	!
10.6	Celui qui effectue une ADBD recueille et consigne les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.	!
10.9	L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ABBD et obtenir de la conformité aux résultats obtenus. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.	

- 10.12 L'organisme dispose d'un protocole pour remédier aux événements indésirables liés aux ADBD ainsi qu'aux rappels d'appareils, de réactifs ou de matériel servant aux ADBD.



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

Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

Le laboratoire a identifié un responsable des analyses de biologie délocalisées (ADBD) et un programme bien structuré de gestion des ADBD est amorcé. Le laboratoire assume un leadership reconnu dans la gestion des ADBD. Plusieurs ADBD sont effectuées au sein de l'établissement et sont répertoriées dans le programme. Cependant, l'exécution de certaines d'entre elles n'est pas encore appuyée par des procédures opératoires normalisées pour encadrer leur réalisation. L'établissement est encouragé à poursuivre l'implantation du programme afin de s'assurer d'un haut niveau de qualité et d'une fiabilité des résultats. Des contrôles de qualité sont effectués afin d'assurer la fiabilité des résultats. Un rapport trimestriel de participation aux contrôles externes pour l'utilisation des glucomètres est produit par la responsable et est transmis aux différents services. Une amélioration de la participation a été observée depuis l'introduction de ces rapports.

Pour chacune des analyses encadrées par une procédure, de la formation est prévue. Un programme de formation continue pourra être mis en place afin de s'assurer du maintien des compétences du personnel.

Un comité interdisciplinaire a été mis en place et a tenu des rencontres sur une base régulière. Un rapport annuel des activités a par ailleurs été produit. Le comité a entre autres statué sur les procédures à suivre pour introduire une nouvelle ADBD au sein de l'établissement. Ce processus est maintenant en place. Dans un objectif d'amélioration continue, le comité est invité à poursuivre ses activités en effectuant le suivi d'indicateurs de qualité et des tendances afin d'identifier les cibles prioritaires de travail.

Des traceurs ont été effectués à l'unité de néonatalogie ainsi qu'à l'urgence. Le personnel rencontré était en mesure d'effectuer correctement les ADBD. Le personnel devrait avoir accès facilement aux procédures produites par le laboratoire afin d'éviter les divergences dans l'application.

Bien que le programme soit très bien amorcé, il sera nécessaire de consolider la supervision du programme des ADBD afin de s'assurer de la réalisation de toutes les activités nécessaires, dont celles d'évaluation de la conformité sur le terrain (système d'audit).

9.15.5	L'équipe collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les sources d'information OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.	PRINCIPAL
9.15.6	Quand les écarts sont réglés, l'équipe met la liste de médicaments à jour et la conserve dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
9.15.7	L'équipe remet à l'utilisateur et au prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) la liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

5.11 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement et les compétences de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.

Processus prioritaire : Aide à la décision

18.1 L'équipe tient un dossier exact et à jour pour chaque client.



Processus prioritaire : Impact sur les résultats

21.2 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.



21.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
21.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
21.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
21.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
21.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

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

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

L'aménagement physique assure une organisation de travail et de soins adaptée aux besoins de la clientèle. Il est encouragé de mettre à jour la politique de consentement aux soins et d'intégrer le formulaire du consentement aux soins au dossier.

La politique sur le BCM ne donne pas d'indications précises sur la rédaction de ce dernier pour les services de thérapie ambulatoires de thérapie contre le cancer.

Processus prioritaire : Direction clinique

Suite à la finalisation des orientations suprarégionales et régionales, il est encouragé de systématiser la planification des services en favorisant la participation des membres de l'équipe.

Processus prioritaire : Compétences

Les processus de vérification lors de la préparation des médicaments sont en vigueur. Les membres rencontrés indiquent une grande collaboration entre les membres de l'équipe. La systématisation de l'évaluation au rendement est à privilégier.

Processus prioritaire : Aide à la décision

On constate l'existence de 3 dossiers pour un même client dans le service ambulatoire. Il est encouragé d'identifier des correctifs quant au suivi du patient qui se présente en dehors des heures d'ouverture à l'urgence. L'information est mise à jour suivant le traitement donné.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Des activités d'information sur les meilleures pratiques ont été offertes aux infirmières des régions. Une communauté de pratique est en voie de réalisation. Il existe un programme de prévention des chutes, mais non déployé dans le service. Des statistiques sont compilées périodiquement.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La configuration des lieux, les processus observés, la documentation consultée et la disponibilité du matériel dont la trousse d'urgence en place contribuent à une prestation sécuritaire des thérapies systémiques contre le cancer.

3.3.4 Ensemble de normes : Les services de soins primaires

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

Processus prioritaire : Direction clinique - Services de soins primaires

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

Processus prioritaire : Compétences - Services de soins primaires

5.6	La clinique évalue régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe et consigne les données à ce sujet de façon objective, interactive et positive.	
-----	--	--

Processus prioritaire : Épisode de soins primaires

6.3	La clinique dispose d'un processus de soins après les heures normales et lorsque la clinique est fermée pour les clients et leur famille qui doivent avoir accès à des services de soins primaires après les heures normales de travail.	!
-----	--	---

6.4	Le processus de soins après les heures normales et lorsque la clinique est fermée comprend la façon de répondre aux demandes de renouvellement des médicaments ou de renseignements sur les médicaments après les heures de travail et en cas d'urgence.	
-----	--	--

10.1	Pour terminer l'épisode de soins, la clinique fait un résumé des soins et le place dans le dossier du client en temps opportun.	!
------	---	---

Processus prioritaire : Aide à la décision - Services de soins primaires

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

Processus prioritaire : Répercussions sur le rendement - Services de soins primaires

14.1	Les membres de l'équipe de la clinique sont formés pour déceler et gérer les risques.	!
------	---	---

16.2	La clinique recueille les commentaires des clients sur leur sécurité et la qualité des services de soins primaires.	!
------	---	---

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

Processus prioritaire : Épisode de soins primaires

Des initiatives sont en cours pour favoriser l'intégration des approches cliniques biopsychosociales parmi les membres de l'équipe. Il est souhaitable que ces approches se reflètent dans les services offerts au niveau de l'enseignement. L'accès aux épreuves diagnostiques apparaît approprié, en particulier lors de situations cliniques urgentes ou prioritaires. L'accès à la colonoscopie de dépistage serait à évaluer en collaboration avec les acteurs concernés. Des plans d'intervention sont élaborés notamment en service social.

L'informatisation des données cliniques, notamment les résultats de laboratoire, pourrait permettre une meilleure utilisation des ressources cliniques et l'optimisation de certains processus.

Processus prioritaire : Direction clinique - Services de soins primaires

L'UMF (unité de médecine familiale) fait partie de la communauté depuis de nombreuses années et une bonne proportion de médecins formés à l'UMF travaillent dorénavant dans la région. L'UMF s'est joint au CSSS dans les dernières années. L'unité collabore à des échanges et à des collaborations avec les autres UMF agréés par l'Université Laval. La fluidité et l'accès aux services spécialisés fonctionnent bien.

Nous encourageons la clinique à poursuivre l'évaluation annuelle de ses services en partenariat avec le CSSS et ses instances. En lien avec la priorité stratégique sur la première ligne, il serait intéressant que l'UMF explore des opportunités de développement ou de consolidation clinico-administrative en lien avec les défis du CSSS.

Processus prioritaire : Compétences - Services de soins primaires

Le volet d'enseignement universitaire est favorable au développement des compétences et à l'innovation. L'équipe a accès à plusieurs banques de connaissance par l'Université Laval et le département de médecine familiale. Des activités de collaboration professionnelle ont lieu régulièrement. L'autogestion de la santé et l'amélioration des habitudes de vie chez la clientèle sont encouragées. L'entretien motivationnel est utilisé par l'équipe. D'autres actions structurantes sont à venir en collaboration avec les intervenants du programme des maladies chroniques. L'UMF souhaite également assurer sa préparation adéquate en prévision du programme d'agrément de l'Université Laval au niveau de l'évaluation par compétence.

Bien que des évaluations sur le rendement de certains membres soient réalisées, il est suggéré de systématiser la planification de telles rencontres pour l'ensemble du personnel de la clinique.

Processus prioritaire : Répercussions sur le rendement - Services de soins primaires

La clinique déclare les accidents et incidents selon la politique adoptée au CSSS. La fréquence serait peu élevée. Avec l'aide de la coordination à la qualité des services, nous encourageons la clinique à déterminer les activités à risque élevé (connues ou potentielles) et à établir un processus de prévention et de gestion des risques, tel que documenté.

Processus prioritaire : Aide à la décision - Services de soins primaires

En collaboration avec les médecins spécialistes, la Table territoriale en médecine générale a développé pas moins de 33 protocoles dans le cadre de l'accueil clinique. Cette réalisation est digne de mention et constitue une pratique de pointe à poursuivre.

Dans un souci d'optimisation et dans le contexte de sa mission d'enseignement universitaire, nous encourageons la clinique à poursuivre ses démarches dans l'acquisition d'un dossier médical électronique qui permettrait le partage de données avec le CSSS.

3.3.5 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
8.1 Le personnel et les prestataires de services entreposent, préparent et manipulent la nourriture de façon appropriée.	!
11.4 L'équipe suit des procédures précises pour manipuler, nettoyer et désinfecter l'équipement mobile des clients.	!
12.1 L'organisme vérifie les qualifications et les compétences du personnel affecté au retraitement des instruments médicaux réutilisables.	
12.12 L'organisme dispose de politiques et de procédures pour les appareils médicaux empruntés, partagés, consignés ou loués.	!
12.13 L'organisme dispose de politiques et de procédures pour retracer tous les appareils médicaux empruntés, partagés, consignés ou loués.	!
13.2 L'organisme passe en revue et vérifie la formation, les qualifications et les compétences du personnel affecté au retraitement des appareils d'endoscopie.	!

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Les activités de prévention des infections sont très bien implantées au sein de l'établissement. Elles sont encadrées par des politiques et un programme complet qui a été révisé récemment. Un comité de prévention est en place où tous les secteurs associés à la prévention des infections sont représentés. Un plan d'action intégré a par ailleurs été produit et est suivi au sein du comité. Le plan contient notamment les priorités d'action suivantes : augmentation du nombre de chambres pour une personne, augmenter la conformité à l'hygiène des mains, utiliser les meilleurs produits de désinfections et définir les responsabilités pour le nettoyage des petits équipements ou encore de s'assurer de la conformité des processus de retraitement faits à l'extérieur de l'unité de retraitement. Ce dernier représente par ailleurs un enjeu important pour lequel l'établissement est encouragé à mettre en place les processus nécessaires afin d'encadrer les pratiques.

De nombreux moyens de communication sont utilisés au sein de l'établissement dont notamment l'intranet, des affiches, divers rapports, pamphlet et les bulletins l'amalgame et l'info prévention des infections. Ce dernier est par ailleurs digne de mention puisqu'il permet à tous les employés de connaître chaque semaine l'état de situation et ainsi ajuster leurs actions par exemple, ajuster le type de désinfection pour le personnel de l'hygiène et salubrité ou encore pour le personnel, d'éviter de traverser inutilement les unités de soins où plusieurs cas sont répertoriés. Au cours de la semaine, nous avons également été en mesure de constater que diverses démarches de sensibilisation sont effectuées auprès de la population par exemple l'infirmière qui se déplace dans les résidences pour personnes âgées. Les moyens de sensibilisation portent leurs fruits puisqu'il a été observé que plusieurs usagers ou visiteurs se lavent les mains à l'entrée et à la sortie.

Le service de prévention des infections est en mesure de suivre les taux d'infection et divers indicateurs de qualité, d'établir des tendances, ou encore de gérer les activités de surveillance quotidienne à partir du logiciel « Nosokos ». Ce puissant système d'information est un outil incontournable pour la prévention et le contrôle des infections.

L'établissement a un plan de pandémie qui a été élaboré en 2006. Le modèle de gestion choisi est calqué sur celui de la sécurité civile. Le plan a été utilisé en 2009, mais n'a pas été mis à jour. L'établissement pourra s'inspirer des bilans qui avaient été réalisés pour effectuer la révision.

Les activités liées à la prévention des infections se font de façon intégrée au sein de l'établissement. Les divers acteurs, qu'ils soient de niveau stratégique ou opérationnel, travaillent de façon concertée afin de prévenir ou contrôler les infections. Le projet de changement de désinfectant qui a été réalisé dernièrement a par ailleurs permis de réduire le nombre d'éclosions. Le nettoyage des petits équipements est un autre bel exemple de travail de collaboration qui a mené à la définition des rôles et responsabilités de chacun afin de s'assurer que ces équipements sont désinfectés régulièrement. Le projet sera mis en place sous peu au centre d'hébergement et déployé pour cinq équipements prioritaires au centre hospitalier. L'établissement est encouragé à poursuivre l'implantation de ce projet afin de s'assurer que tous les équipements seront nettoyés adéquatement.

3.3.6 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	
1.1 Au moins une fois par année, l'équipe recueille l'information sur le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des clients sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.2 Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des clients au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
1.3 Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des clients et des professionnels de la santé qui acheminent des clients pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
2.3 L'équipe sollicite régulièrement la rétroaction des professionnels de la santé qui acheminent des clients sur la façon d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de régler les délais dans la transmission des résultats de l'imagerie diagnostique.	
9.1 L'équipe a un processus pour fournir aux professionnels de la santé qui acheminent des clients les ressources nécessaires pour choisir les examens d'imagerie diagnostique appropriés.	
15.1 L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.	!
15.2 L'équipe dispose d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique.	!
<p>15.6 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.</p> <p>15.6.1 L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.</p> <p>15.6.2 La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.</p> <p>15.6.3 La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.</p> <p>15.6.4 L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.</p> <p>15.6.5 L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p> <p>SECONDAIRE</p>

15.7	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.	
15.7.1	L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des clients et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
15.7.2	L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
15.8	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!
16.3	Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	!
16.4	L'équipe documente toutes les analyses de cas de rejet ou de répétition ainsi que les mesures correctives prises.	!
18.1	L'équipe évalue chaque année la qualité de ses services d'imagerie diagnostique.	!
18.2	L'équipe inclut les clients, les familles et d'autres organismes dans l'évaluation de la qualité de ses services d'imagerie diagnostique.	!
18.3	L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des événements indésirables.	!
18.5	L'équipe évalue les résultats des services d'imagerie diagnostique.	!
18.6	L'équipe évalue l'utilisation des services d'imagerie diagnostique au moyen d'un processus de gestion ou d'examen.	
18.7	L'équipe utilise les résultats du processus d'examen de l'utilisation des services pour renseigner les professionnels de la santé qui acheminent des clients et les prestataires de services d'imagerie diagnostique sur l'utilisation appropriée des services d'imagerie diagnostique.	
18.8	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et elle apporte des améliorations en temps opportun.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Le département des services d'imagerie diagnostique est relativement neuf. Les locaux sont spacieux, bien aménagés et très propres. Les différents départements sont bien indiqués et on s'y retrouve facilement. Chaque département a sa propre salle d'attente et ceci assure la confidentialité et la protection de la vie privée. On y offre tous les services diagnostiques possibles et l'accessibilité aux services est excellente. Il n'y a presque aucun temps d'attente pour les services, ce qui est excellent pour la population du CSSS qui n'a pas à quitter la région pour obtenir des services d'imagerie. L'équipement est aussi à jour et le service compte parmi son personnel du soutien BGM à même le service ce qui signifie un soutien technique excellent. Dans les départements où il y a des listes d'attente, la chef de service et le directeur médical se consultent pour refaire la priorisation de la liste d'attente. Il y a une très bonne collaboration entre l'administration et la direction médicale.

Le personnel technique est très compétent et déclare avoir de l'appui et des opportunités de formation et de développement professionnels. Tout le personnel a reçu de la formation en RCR. Les professionnels de la santé du centre hospitalier interrogés se disent très satisfaits de l'accessibilité des services et de la rapidité de la lecture des épreuves diagnostiques surtout en situation d'urgence.

Le département de médecine nucléaire est aussi très bien aménagé et offre toute une gamme de services qui répondent aux besoins des professionnels de la santé. Toutes les mesures et exigences en rapport avec les produits radioactifs sont bien respectées.

Par contre, il n'y a pas de programme ou de plan d'amélioration de la qualité, d'identification des risques reliés aux services (comme les chutes) et de programme de sécurité reliée aux activités du service telle que définie à la norme 15.0. L'équipe est encouragée à développer un tel plan avec des objectifs ou des pistes d'amélioration bien identifiées. En autres, une évaluation de l'utilisation des services est importante afin de s'assurer de l'utilisation appropriée des ressources du CSSS. Aussi une évaluation auprès des professionnels de la santé sur leur besoin s'avère importante afin de s'arrimer avec les objectifs. Finalement, une évaluation de la satisfaction des professionnels de la santé ainsi que de la clientèle est importante pour compléter la démarche d'amélioration.

3.3.7 Ensemble de normes : Services d'obstétrique

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

3.7	L'organisme dispose de suffisamment d'espace de travail pour favoriser l'interaction et le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire.	
-----	---	--

Processus prioritaire : Épisode de soins

9.9	L'équipe utilise une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale.	
9.9.3	L'équipe a établi un processus qui lui permet de vérifier constamment que la liste de contrôle est respectée.	PRINCIPAL
9.9.4	L'équipe évalue l'utilisation de la liste de contrôle et communique les résultats aux membres du personnel et aux prestataires de services.	SECONDAIRE
9.9.5	L'équipe utilise les résultats de l'évaluation pour améliorer la mise en oeuvre et une plus grande utilisation de la liste de contrôle.	SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

18.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
18.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
18.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL
18.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
18.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
18.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE

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

Processus prioritaire : Direction clinique

La direction de ce service est très forte. Le chef de service est en place depuis plusieurs années ce qui assure une stabilité pour voir la réalisation des projets amorcés. Le plan directeur des services est basé sur les orientations et objectifs identifiés par le MSSS. Néanmoins, ces objectifs sont exécutés et remis dans un contexte qui tient compte des enjeux organisationnels. On fonctionne avec une vision d'avenir et dans un contexte d'amélioration continue de la qualité des services avec la santé de la clientèle et de la population au centre de préoccupations. Il y a un souci de développer une culture de la mesure et de performance et ceci est bien intégré dans les processus à tous les niveaux dans l'unité. On souligne particulièrement le travail qui s'est fait au niveau du continuum des services qui commence avec la déclaration des grossesses à l'infirmière de première ligne, les services périnataux, l'étroite collaboration avec les services néonataux, pour finir avec les services après le retour à domicile. Cette gestion du continuum est un beau succès et une grande fierté de l'équipe. Toute la démarche qualité AMPRO-OB a donné fruit et a eu comme résultat une équipe mature et confiante en leurs compétences et très performante.

Processus prioritaire : Compétences

Avec les projets AMPRO-OB, IAB et QUARISMA, l'équipe a reçu beaucoup de formation, ce qui a pour effet d'avoir donné beaucoup de compétences avec pour résultat une équipe confiante, complice et qui se soutient très bien. Ici, on voit l'intégration de l'interdisciplinarité qui contribue au fonctionnement optimal de l'équipe. Malheureusement, l'équipe doit travailler dans des espaces trop étroits et encombrés à cause de la vétusté du bâtiment qui à l'origine n'était pas conçu pour accommoder le fonctionnement en interdisciplinaire. On note aussi le plan d'organisation du travail qui est élaboré en fonction des déclarations de grossesses qui permet une planification de l'horaire de travail en fonction des accouchements prévus. Ceci permet une planification proactive des effectifs requis durant l'année.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe a entrepris la démarche AMPRO -, OB il y a trois ans pour laquelle elle vient de recevoir son accréditation. L'équipe a intégré tous les principes du programme et on ressent que l'approche imprègne tous leurs actions et gestes. L'approche en interdisciplinaire est une réalité vécue que ce soit en prénatal, la salle de travail ou l'unité des soins. La réflexion d'amélioration de la qualité, d'identification des risques et de sécurité est omniprésente. L'équipe est compétente et les opportunités de formation sont multiples et le personnel s'en prévaut. Le climat de travail d'équipe est évident et on ressent une grande complicité et un climat de soutien l'un de l'autre. L'équipe avoue que cette approche a amélioré les liens entre les prestataires des soins et amélioré la confiance du personnel médical envers les autres prestataires de soins. Aussi, l'équipe est en démarche Initiative amis des bébés (IAB), une initiative appuyée par le MSSS. Cette initiative est un programme de qualité des soins reposant sur des données probantes et preuves d'efficacité. Finalement, l'équipe a participé au programme QUARISMA une initiative de l'unité de recherche du centre hospitalier de Sainte-Justine. Le programme QUARISMA, basé sur le concept d'une pratique fondée sur des données probantes, s'articule autour des audits cliniques avec rétro-information facilités par un leader d'opinion local et met l'accent sur l'implication des professionnels de santé dans le processus d'évaluation, selon la définition de l'OMS sur les méthodes d'évaluation de la qualité des soins en obstétrique. Ce programme a pour but de mobiliser les professionnels de santé pour améliorer la qualité des services obstétricaux et répondre aux besoins des patientes en matière d'information concernant les différents modes d'accouchement et ainsi réduire durablement les taux de césariennes.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Toutes les démarches qu'on entreprend l'équipe, soit AMPRO-OB, IAB et QUARISMA, sont des programmes fondés sur des données probantes.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Avec les démarches d'amélioration de la qualité, l'équipe a développé une culture de la mesure et de la performance. On suit des indicateurs de qualité et de performance qu'on tabule afin de voir les tendances. Ces informations sont mises à la disposition et communiquées à toute l'équipe. On remet aussi à toute la clientèle qui quitte le service un questionnaire de satisfaction des services. Les questionnaires sont remis avant le départ et toute l'information est colligée et mise en tableau afin d'analyser les tendances. De plus, tous les commentaires sont lus, résumés et partagés avec toute l'équipe.

3.3.8 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille des données sur les niveaux d'utilisation des services de laboratoire et les temps d'attente pour accéder à ceux-ci.	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services de laboratoire.	
1.3 L'équipe se réunit au moins tous les deux ans pour passer en revue l'information recueillie auprès des utilisateurs de laboratoire et des usagers afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
2.2 L'équipe vérifie qu'elle est en mesure de répondre aux exigences stipulées dans l'entente.	
2.3 L'équipe revoit au moins tous les deux ans ses ententes avec les utilisateurs de laboratoire pour confirmer qu'ils continuent de répondre aux exigences, et elle consigne l'information qui découle de ces revues.	!
3.2 L'équipe évalue régulièrement ses ententes avec les laboratoires sous-traitants et les consultants de l'externe pour s'assurer qu'ils répondent aux exigences et elle consigne les résultats.	
3.3 L'équipe s'assure que les résultats des analyses effectuées par les laboratoires sous-traitants sont remis à l'utilisateur de laboratoire en temps opportun et de façon adéquate.	
5.1 L'organisme définit clairement la hiérarchie des responsabilités pour les services de laboratoire offerts dans l'ensemble de l'organisme.	
5.4 On compte un nombre suffisant de membres qualifiés au sein de l'équipe qui peuvent offrir le niveau de services de laboratoire requis, mener à bien les activités quotidiennes et voir à toutes autres responsabilités.	
5.7 Le chef administratif ou son représentant revoit les rôles et responsabilités des membres de l'équipe régulièrement, et il apporte les changements nécessaires.	
6.1 L'équipe reçoit une orientation complète sur les services de laboratoire de l'organisme.	!
6.2 L'équipe reçoit une formation sur la façon d'utiliser l'équipement du laboratoire de l'organisme.	

6.3	Les compétences de l'équipe sont évaluées après l'orientation, et régulièrement par la suite.	
6.4	L'équipe reçoit de la formation supplémentaire lorsque des lacunes sont cernées en ce qui concerne la formation ou les compétences; et elle réévalue les compétences après la formation, au besoin.	
6.5	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué de façon objective, interactive et constructive.	
7.1	L'organisme limite l'accès aux secteurs du laboratoire aux membres autorisés de l'équipe.	!
7.6	Les locaux dont dispose le laboratoire pour la conservation des dossiers et autres activités d'ordre administratif sont séparés de ceux qui servent avant et pendant les analyses.	
8.1	Le laboratoire s'assure de la propreté et du bon entretien de tous les espaces de travail.	!
8.2	La disposition des locaux dans le laboratoire prévient la contamination croisée par la séparation de certaines activités incompatibles.	!
8.3	La conception et la disposition des locaux permettent de laver, de nettoyer et de désinfecter aisément les aires de travail, l'équipement, les planchers et les murs.	!
8.4	L'équipe reçoit de la formation sur les procédures de lavage des mains et elle peut accéder à des installations munies des fournitures adéquates pour le lavage des mains.	!
8.5	L'équipe s'assure de ramasser, confiner et éliminer tous les déchets de façon sécuritaire conformément aux exigences pertinentes.	!
9.2	L'équipe vérifie et consigne régulièrement les conditions ambiantes à l'intérieur du laboratoire.	
9.3	L'équipe détecte et déclare les problèmes d'ordre environnemental liés au laboratoire.	
9.6	L'équipe vérifie si l'équipement de secours est disponible, en état de fonctionnement et lié au système de sécurité de l'organisme, et elle consigne ces renseignements.	
10.2	L'équipe a accès aux exemplaires des lois, des règlements et des normes de pratique appropriés.	!
10.3	L'équipe dispose de directives pour la mise en oeuvre des lois, de règlements et de normes de pratique applicables, et elle explique où aller pour obtenir des renseignements supplémentaires ou de la formation à ce sujet.	!
10.4	L'équipe dispose d'un processus pour faire le suivi de la mise à jour des lois, des règlements et des normes de pratique applicables.	

10.5	L'équipe surveille dans quelle mesure il respecte les lois, les règlements et les normes de pratique, et elle apporte des améliorations à ses directives ou aux activités de formation, au besoin.	!
11.3	L'équipe révisé ses PON tous les deux ans ou plus souvent si cela est nécessaire.	
11.5	L'équipe offre de l'information ou de la formation avant d'instaurer les nouvelles PON ou celles qui ont été modifiées, au besoin.	
11.6	L'équipe évalue régulièrement la conformité à ses PON et apporte les changements qui s'imposent.	
12.5	L'équipe suit une PON pour gérer les plaintes des usagers et des utilisateurs de laboratoire et pour donner suite aux commentaires reçus à propos de ses services.	!
12.6	L'équipe tient un dossier des plaintes qu'elle reçoit, des enquêtes qui en découlent ainsi que des mesures correctives qu'elle adopte.	!
12.7	Les membres de l'équipe respectent leur code professionnel respectif en matière de pratique en laboratoire, s'il y a lieu.	!
13.2	L'équipe choisit de l'équipement qui peut être nettoyé et désinfecté facilement.	!
13.3	L'équipe fournit aux membres appropriés des directives détaillées sur le fonctionnement de l'équipement, ainsi que des guides de dépannage et des directives en cas de mauvais fonctionnement.	
14.1	L'équipe suit des PON à jour pour l'entretien, l'inspection, la validation et l'étalonnage de son équipement, lesquelles sont conformes aux directives des fabricants.	
14.2	L'équipe nettoie et désinfecte régulièrement l'équipement, et elle le protège lorsqu'il n'est pas utilisé.	
14.4	L'équipe retire l'équipement qui est endommagé ou en mauvais état, appose une étiquette qui indique que l'équipement est défectueux et précise la nature du problème et les mesures à prendre.	
15.1	L'équipe utilise un système de contrôle de l'inventaire pour s'assurer de toujours avoir suffisamment de fournitures, de réactifs et de milieux de culture.	
15.4	L'équipe suit un modèle standard pour étiqueter les fournitures, réactifs et milieux de culture conformément au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	
15.6	L'équipe suit une politique concernant l'utilisation de réactifs périmés uniquement dans des circonstances exceptionnelles, laquelle exige de confirmer qu'ils sont toujours aptes à être utilisés.	

15.9	L'équipe se conforme aux lois, règlements et normes de pratique applicables pour la conservation des dossiers portant sur l'achat des fournitures, des réactifs et des milieux de culture.	!
16.4	L'équipe utilise de l'eau extrapure pour préparer les fournitures, les réactifs ou les milieux de culture, tel que stipulé dans la PON.	
16.5	L'équipe suit des directives sur la façon d'appliquer les fiches signalétiques du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) qui sont propres aux services de laboratoire.	!
17.1	L'équipe suit des PON pour le retraitement et la stérilisation qui sont conformes aux lois et aux règlements applicables.	!
17.2	L'équipe lave et rince la verrerie et les instruments de plastique non jetables avec un détergent non toxique et de l'eau extrapure, lorsque la PON le stipule.	
17.3	L'équipe vérifie régulièrement la qualité de l'eau pour veiller à ce qu'elle corresponde aux instructions du fabricant et l'analyse dès que des problèmes surviennent.	
18.3	L'équipe dispose de formulaires de requête standard qui lui permettent de recueillir toute l'information nécessaire au sujet de l'usager, des échantillons et des analyses demandées.	
19.1	L'équipe suit les PON pour la préparation de l'usager, l'identification de l'échantillon devant être prélevé, le prélèvement de l'échantillon, l'élimination en toute sécurité des matériaux utilisés pour prélever l'échantillon et le respect de la confidentialité de l'usager tout au long du processus.	!
20.1	L'équipe suit les PON pour le transport sécuritaire et confidentiel des échantillons reçus au laboratoire et de ceux qu'il achemine, conformément aux lois et règlements applicables.	!
20.2	Le laboratoire suit une PON pour le maintien de l'intégrité des échantillons qui sont traités après les heures normales d'ouverture, s'il y a lieu.	!
20.5	L'équipe suit une PON pour la manipulation sécuritaire des échantillons qui coulent ou des formulaires de requête contaminés.	!
20.6	L'équipe assigne un numéro d'identification unique à chaque échantillon qu'il reçoit.	!
22.5	L'équipe conserve des documents contenant les résultats du contrôle de la qualité, les problèmes cernés et les mesures prises pour régler les problèmes.	!
23.4	Le rapport indique clairement si la qualité de l'échantillon est inappropriée pour des fins d'analyse ou si elle peut avoir porté atteinte à l'intégrité des résultats finaux.	

23.9	L'équipe suit une PON pour communiquer les résultats verbalement.	!
25.3	L'équipe élimine et archive les rapports conformément à la politique de l'organisme.	
26.1	Dans l'équipe, une personne est chargée de la sécurité; elle élabore et maintient le programme de sécurité en laboratoire, et en assure la surveillance.	
26.2	La personne chargée de la sécurité a l'autorisation de mettre fin à toute activité en laboratoire jugée dangereuse.	!
26.3	Le programme de sécurité comprend des programmes d'orientation et de formation ainsi que des programmes d'évaluation.	!
26.5	L'équipe évalue régulièrement la conformité au programme de sécurité et apporte les changements qui s'imposent.	!
27.2	L'équipe identifie toutes les entrées et les sorties des aires de travail en fonction des risques qu'on y trouve.	!
27.3	L'équipe porte des vêtements et de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), conformément à la politique de l'organisme et aux lois en vigueur.	!
27.4	L'équipe se conforme à des pratiques de sécurité lorsqu'elle manipule, examine ou détruit des produits biologiques et chimiques.	!
27.5	L'équipe détecte, déclare, consigne et analyse en temps opportun les événements indésirables et les événements sentinelles conformément à la politique de l'organisme et aux lois en vigueur.	!
27.6	L'équipe revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents survenus, et il apporte les changements qui s'imposent à ses politiques ou à ses activités de formation.	!
30.1	L'équipe dispose d'un système complet de gestion de la qualité.	!
30.2	L'équipe définit les éléments du système de gestion de la qualité dans l'énoncé de politique sur la qualité et les inclut dans le manuel sur la qualité.	!
30.4	Dans le cadre du système de gestion de la qualité, l'équipe évalue les services grâce à des contrôles internes, à des évaluations et à des processus d'amélioration.	!
30.5	L'équipe cerne les sources potentielles de non-conformité, ainsi que leurs causes profondes, puis elle met en oeuvre et surveille des plans en vue d'instaurer des mesures préventives et correctives.	!
30.6	L'équipe donne suite à tout rapport ou à toute recommandation provenant d'un organisme reconnu.	!

<p>30.7 L'équipe évalue régulièrement l'utilisation de ses services et se sert des résultats de l'évaluation pour se renseigner sur l'utilisation des services de laboratoires.</p>	
<p>30.8 L'équipe établit des indicateurs de qualité et en fait le suivi pour évaluer son rendement, et elle communique les résultats aux membres de l'équipe et à d'autres programmes, services ou organismes.</p>	<p>!</p>
<p>30.9 L'équipe établit des objectifs et effectue un suivi des temps d'attente et des délais moyens de réponse pour les demandes de services de laboratoire non urgentes, urgentes et très urgentes.</p>	<p>!</p>
<p>30.10 L'équipe s'appuie sur les données qui découlent du suivi des indicateurs et des évaluations pour guider ses décisions et pour apporter des améliorations continues aux procédures et au système de gestion de la qualité du laboratoire, et ce, en temps opportun.</p>	<p>!</p>

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Dans le cadre de la démarche du programme d'agrément, les laboratoires doivent se conformer aux normes d'agrément, lesquelles se basent entre autres sur les normes ISO 15189 et Z 9002. Ces normes reconnues internationalement établissent des standards de qualité de haut niveau et sont la base du programme de gestion intégrée de la qualité adopté. Dans le cadre de la visite, des traceurs ont été réalisés dans tous les départements du laboratoire incluant le centre de prélèvement. Les principaux constats issus de l'évaluation sont les suivants.

Le laboratoire du CSSS de Rimouski-Neigette a mis en place les activités nécessaires afin de bien répondre aux besoins de sa clientèle. Les utilisateurs du laboratoire se sont par ailleurs dits satisfaits des services et du soutien offerts.

Le laboratoire dispose d'une équipe mobilisée et compétente par son travail. On retrouve au sein de l'équipe de nombreuses expertises que le laboratoire pourra mettre à profit afin de travailler de façon intégrée et ainsi mieux faire face aux défis auxquels ils font face compte tenu de l'évolution des exigences du programme qualité.

Un programme de gestion de la qualité a été élaboré au laboratoire. De nombreuses politiques et procédures ont été rédigées et mises en place. Le laboratoire est invité à poursuivre ses efforts pour s'assurer de compléter le cycle de l'amélioration continue de la qualité (planifier, agir, vérifier et ajuster). À cet effet, le laboratoire aurait notamment avantage à développer un système d'audit interne évaluant la conformité aux normes d'agrément dans tous les secteurs du laboratoire et des services cliniques desservis par le laboratoire. La direction est invitée à identifier des indicateurs de qualité afin de définir des objectifs stratégiques et à suivre l'atteinte des objectifs ce qui permettra d'appuyer la démarche d'amélioration de la qualité des laboratoires.

Le laboratoire fait face à certains défis reliés au rehaussement constant des standards de qualité exigés. L'investissement des ressources et l'organisation du travail actuel ne permettent pas d'atteindre l'ensemble de ces standards et compromettent la santé et sécurité des employés et fragilise la qualité des services offerts. Le laboratoire est invité à mettre de l'avant une démarche intégrée et collaborative inspirée des processus lean pour revoir son fonctionnement et identifier les opportunités d'amélioration. Tel que mentionné, l'expertise et la mobilisation sont déjà présentes au sein de l'équipe. Ils ont donc les éléments nécessaires pour réussir.

Le mandat régional assumé par le laboratoire représente par ailleurs une opportunité d'optimisation et de développement dans le cadre de la démarche « optilab » que le laboratoire est en mesure de saisir. La direction du laboratoire est invitée à analyser les opportunités qui s'offrent à elle dans ce projet et à coordonner ses efforts d'optimisation afin de répondre au mandat régional élargi du laboratoire.

3.3.9 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.7 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer régulièrement son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.7 L'équipe évalue et satisfait les besoins de chaque membre en matière de formation et de perfectionnement.	
5.1 L'organisme dispose de critères définis et équitables pour attribuer les responsabilités et les clients aux membres de l'équipe.	
5.7 L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
3.4 L'équipe élabore des procédures et des processus normalisés pour améliorer le travail d'équipe et réduire le chevauchement des tâches.	
9.4 L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression. <ul style="list-style-type: none"> 9.4.1 L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé. 9.4.4 L'équipe appuie la formation des prestataires de soins de santé, des clients et des familles ou des aidants sur les facteurs de risque et les stratégies pour la prévention des plaies de pression. 9.4.5 L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations. 	 PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE
Processus prioritaire : Aide à la décision	
14.1 L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent aux services de médecine.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	

17.1 L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de médecine.

17.2 L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services de médecine.

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les responsables des unités et le personnel des unités de soins sont concernés par la qualité et par la prestation sécuritaire des soins.

Dans les unités visitées, on observe des différences dans les modalités du rangement du matériel : système de rangement avec lecture à code à barres, rangement sur tablettes dans un local, et mixité des 2 systèmes de rangement. L'uniformisation du rangement du matériel dans les unités de soins de médecine contribuant à une meilleure utilisation de l'espace est encouragée. On observe l'absence de douche et de bain dans l'unité 2C. Les patients sont dirigés dans une autre unité lorsque le besoin est identifié. Il est souhaité qu'une attention soit apportée dans le rafraîchissement des unités.

Processus prioritaire : Compétences

L'infirmière gestionnaire de continuum assure la coordination de services avec les services de première ligne. Les dossiers sont présentés à l'équipe de la première ligne lors de la rencontre qui est planifiée de façon régulière, soit 2 fois par semaine. Le personnel rencontré apprécie ce fonctionnement.

Le programme d'orientation est en révision.

On constate des critères définis pour attribuer les responsabilités et les clients aux membres de l'équipe. Par ailleurs, des commentaires sont exprimés quant à l'équité de ces derniers. Des rencontres ont lieu afin d'identifier des solutions. On observe que les chefs de service ont des relations de proximité de leurs employés. On exprime le besoin d'établir un processus de reconnaissance de la contribution de ces derniers.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Peu de procédures et de processus écrits existent en lien avec l'organisation du travail, le travail d'équipe et le chevauchement des tâches. Il est encouragé de poursuivre les travaux amorcés dans le but d'assurer une pérennité.

Il existe un programme de soins de plaie, mais il n'est pas déployé actuellement. Lors de l'observation de l'altération de la peau, une consultation est demandée l'équipe de consultation en dermatologie. Selon le plan de traitement, un suivi de ce dernier est assuré par l'infirmière du patient. Les fournitures nécessaires sont disponibles. Tout de même, des préoccupations sont exprimées quant aux modalités de soutien clinique à mettre en place visant l'intégration et la consolidation des pratiques organisationnelles.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe assure la transmission d'informations auprès des autres équipes et des autres organismes.

Selon les entrevues effectuées et la documentation consultée, l'équipe utilise plusieurs sources de données probantes. Toutefois, l'organisme est invité à mettre en place un processus organisationnel.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Considérant que l'équipe débute un processus de planification des objectifs, il est suggéré de compléter cette planification en prévoyant les indicateurs de mesure.

3.3.10 Ensemble de normes : Services de réadaptation

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

3.5	L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.	
-----	--	--

Processus prioritaire : Épisode de soins

9.4	L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	 SECONDAIRE
9.4.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	

11.5	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.	
------	---	--

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Depuis la dernière visite d'agrément, l'équipe a connu un changement de leadership. La nouvelle chef a de nombreux défis devant elle et l'on ne peut que souligner son dynamisme et sa grande passion pour mettre en place les meilleures pratiques basées sur les données probantes (par exemple le programme sensorimoteur en collaboration avec la Société de Parkinson). Les enjeux pour cette équipe relèvent principalement du plan d'optimisation 2011-2015. Des objectifs ont été élaborés et touchent principalement le développement d'indicateurs de gestion et de performance en lien avec les objectifs (comme la diminution des listes d'attente), la révision des structures et rôles de chacun, la mise en place de contrôles de qualité sous forme d'audits (indicateurs de processus tels audits sur la conformité des programmes), procéder aux évaluations du personnel de façon plus régulière, maintenir l'excellente collaboration avec les partenaires, particulièrement le Manoir Les générations, résidence privée où se retrouvent 32 lits sous la supervision de la chef de la réadaptation. Le départ d'une gériatre a obligé l'équipe à revoir ses processus.

Processus prioritaire : Compétences

L'interdisciplinarité est bien sentie au sein de l'organisation du travail et de l'offre de soins. Les rôles et les fonctions sont néanmoins en révision, par exemple pour le gestionnaire de cas et pour l'intervenant pivot en réadaptation. Depuis la dernière visite, les évaluations au rendement du personnel ont été complétées en bonne partie et permettent le suivi des demandes pour les formations et par le fait même du développement des compétences. L'équipe a participé à la mise sur pied d'un colloque I.R.P.G. (Interventions en réadaptation physique en gériatrie) qui s'est avéré un franc succès. Des thèmes tels la formation sur la douleur chez la personne âgée a été abordée. Les échanges avec le personnel confirment un haut niveau d'expertise au sein de cette équipe, toujours axée sur les services à la clientèle et le continuum de soins.

Processus prioritaire : Épisode de soins

À l'unité de soins au Manoir Les générations, un travail remarquable d'unifier trois dossiers médicaux en un seul a été complété. La gestion de la douleur, les programmes généraux tels programme de marche, la sécurité des usagers sont tous des exemples de travail en interdisciplinarité non seulement bien documenté, mais observé lors de la visite. L'équipe est encouragée à ne pas hésiter à faire appel aux expertises-conseils pour s'assurer de la conformité de ses programmes, tels l'administration des opiacés ou le suivi des plaies de pression. Il faut souligner la mobilité des intervenants dans les différents programmes, laquelle contribue largement à la continuité des soins et la réponse aux besoins de la clientèle.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les intervenants sont alertes sur la recherche des meilleures pratiques. Les outils informatisés, tant les équipements que les applications, ne sont pas complets pour assurer la pleine efficacité de l'équipe au Manoir Les générations. Par exemple, l'accès à Intranet a mis plusieurs mois avant de pouvoir être disponible à l'équipe, alors qu'on y retrouve des documents importants en soutien à la qualité des soins. L'équipe souhaiterait accéder aux formulaires numérisés afin d'éviter l'adressographe et le risque d'erreur. Par ailleurs, les formations sont bien soutenues par l'équipe du service d'informatique pour des applications telles Médiclinic, ICLSC (Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC) et RSIPA (Réseau de services intégrés pour les personnes âgées). Un identificateur numérisé est attendu pour les tubes de prélèvement (Zebra).

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Une fois de plus, il faut souligner les efforts de l'interdisciplinarité pour les programmes de soins tels la prévention des chutes tant aux services ambulatoires gériatriques qu'au Manoir Les générations. L'équipe est encouragée à partager ses résultats au personnel et aux usagers, tels les sondages de satisfaction qui sont envoyés à la clientèle à la fin des services. Il serait opportun de bien documenter la performance évolutive des différents programmes. Un usager rencontré au Manoir Les générations a fait part de ses observations quant à la formation variable des préposés aux bénéficiaires et les espaces restreints, mais a mentionné sa haute appréciation des soins en général. Un exercice d'évacuation s'est avéré un franc succès sur cette unité, en collaboration avec la résidence privée qui en assurait le leadership.

3.3.11 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

10.1 L'organisme a recours à un processus de sélection des lignes directrices fondées sur des données probantes destinées aux populations de la communauté.



Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Ce service apparaît fort bien structuré. Il est géré avec leadership et rigueur tant au plan clinique qu'administratif. L'équipe établit des priorités en lien avec le plan stratégique. De nombreux partenariats existent avec la communauté tant dans le domaine de la santé qu'au niveau intersectoriel et universitaire (ex. : COSMOSS). Nous invitons l'équipe à contribuer au bilan de la gouvernance de la table de concertation, selon le cas.

Le service est mobilisé et le travail d'équipe est à souligner.

Processus prioritaire : Compétences

Un guide d'accueil fort bien fait est présenté aux nouveaux employés par la gestionnaire du service. Un processus régulier d'évaluation du personnel est en place. L'apport d'une conseillère clinique au niveau psychosocial permet d'offrir à l'équipe un soutien clinique précieux et nécessaire, notamment dans le contexte de l'arrivée de jeunes professionnels. Ce soutien permet de maintenir et de développer les standards de pratique au niveau attendu, notamment au niveau des plans d'intervention et de la performance clinique. L'amélioration du taux de complétion des plans d'intervention est à souligner. Le tout est bien mesuré. Nous encourageons l'équipe à poursuivre dans cette voie et à partager ses bons coups avec d'autres services.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Récemment, l'équipe a revu ses mécanismes d'accès et a introduit une agente de liaison en réadaptation pour l'équipe de réadaptation. Le rôle de cette agente permet de bien accueillir les demandes de réadaptation et également de commencer certaines interventions de soutien, d'information et de liaison. Cette fonction favorise l'efficacité de l'équipe et la coordination des services. Il est suggéré d'explorer la possibilité de recourir aux données antérieures du dossier dans les autres programmes, lors de l'analyse de la demande.

L'accès aux services en orthophonie est difficile, notamment dû au manque de ressources. Pour soutenir l'amélioration de l'accès en orthophonie, un chantier « langage » a été mis sur pied par le service. Les résultats de ces travaux sont à suivre avec attention avec l'équipe clinique bien qu'ils apparaissent prometteurs. Il est souligné par les partenaires le besoin de l'amélioration de l'accès en psychologie jeunesse.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La mobilisation de l'équipe à offrir les meilleurs services possible à la communauté est palpable. Plusieurs initiatives populationnelles sont en déploiement en collaboration avec l'ASSSBSL et en lien avec les orientations ministérielles, régionales et d'autres sources fiables de données ou de guides.

Bien que le recours au comité d'éthique clinique soit possible, la rediffusion de l'existence de ce soutien pourrait être pertinente.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Dans une démarche participative, la gestionnaire du service a amorcé un « Chantier performance » à l'automne 2013. Cette démarche est toujours en cours et est digne de mention. Elle s'inscrit en étroite cohérence avec les enjeux stratégiques du CSSS. Elle permettra de rehausser l'offre de service en partenariat avec l'équipe. Les rapports périodiques de charge de cas active sont transmis aux intervenants et font l'objet d'une supervision régulière.

De même, le plan de mise en oeuvre 2013-2014 prévoit la mise en place de questionnaires de satisfaction de la clientèle dès ce printemps. Nous encourageons l'équipe à assurer l'évaluation et la pérennité d'une telle démarche; plusieurs modalités sont possibles pour évaluer le point de vue des clients.

La vérification récente des boutons panique par les ressources techniques a permis de découvrir que certains étaient dysfonctionnels. Des correctifs ont été apportés. Une vérification continue est encouragée.

3.3.12 Ensemble de normes : Services de santé mentale

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

2.6	L'organisme assure un environnement physique sécuritaire et confortable qui favorise le rétablissement de l'utilisateur.	
-----	--	--

9.4	À l'admission, dans le cadre du plan de services, l'équipe entame la planification du congé.	
-----	--	--

Processus prioritaire : Aide à la décision

15.2	Le processus utilisé par l'organisme pour sélectionner les lignes directrices comprend l'obtention de commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel et des prestataires de services sur leur applicabilité au rétablissement de l'utilisateur.	
------	--	--

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

16.8	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!
------	--	---

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les secteurs concernés sont : l'hospitalisation et la Résidence Mon Parcours.

Le service de l'hospitalisation est bien structuré et accueillant. Plusieurs politiques et procédures ont été élaborées avec l'équipe clinique. Le service est dynamique et à la recherche constante d'amélioration du continuum de soins et services. À l'hospitalisation et à la Résidence Mon Parcours, nous notons un besoin pressant de stabiliser l'équipe de soins. Le remplacement au jour le jour diminue la continuité et l'efficacité des services. Nous invitons le CSSSRN à explorer toutes les alternatives possibles.

La Résidence Mon Parcours constitue une réalisation significative du CSSSRN. Cette ressource regroupe les forces multidisciplinaires au niveau de l'intégration sociale. Elle offre à la population un endroit moderne, agréable et sécuritaire. La proximité de la gestionnaire qui travaille à la ressource est une des forces du modèle en place. Il est suggéré un soutien étroit de l'ensemble de la ligne de gestion compte tenu de la fragilisation temporaire de l'équipe. Le plan de mise en oeuvre 2013-2014 du service sera fort utile en lien

avec la transformation nécessaire et graduelle du réseau d'hébergement. La modernisation du réseau est déjà entamée.

Les visites des ressources en présence de la commissaire à la qualité des services sont une initiative des plus intéressantes. Cette initiative pourrait s'inscrire dans un cycle d'amélioration annuel pour l'ensemble du réseau d'hébergement afin de maintenir les standards de qualité au plus haut niveau possible. Un partenariat est noté avec le Centre de Mont-Joli. Plusieurs places ont été créées en appartement supervisé depuis 2 ans. Cela est à souligner. La trajectoire mixte santé mentale-dépendance en partenariat avec le Centre de réadaptation est à poursuivre. Nous invitons les équipes à considérer toutes les alternatives à l'hospitalisation pour cette clientèle conjointe. De même, des collaborations étroites sont encouragées avec le continuum personnes âgées et celui de la déficience intellectuelle dans la perspective plus large de réseau d'hébergement du réseau local de services.

Pour terminer, nous soulignons que la gestionnaire du secteur hospitalisation en psychiatrie est récipiendaire d'un prix de l'Association des infirmières en psychiatrie. Sa candidature a été présentée par son équipe en témoignage de reconnaissance pour l'ensemble de sa contribution au réseau.

Processus prioritaire : Compétences

À l'hospitalisation, nous soulignons le processus d'accueil des nouvelles infirmières. Le travail interprofessionnel est intégré et nous notons une bonne connaissance des rôles. La formatrice régionale code blanc oeuvre au sein de l'équipe d'hospitalisation. Elle représente une source d'expertise précieuse. Un club de lecture est en place avec les psychiatres et le personnel. Cela est apprécié. Le travail d'équipe et le partage des connaissances sont favorisés par des liens de collaboration étroits entre les membres. Les rencontres du matin permettent de réajuster l'intervention avec les patients en présence de l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire.

L'évaluation annuelle du rendement est faite et à poursuivre dans une boucle d'amélioration continue dans l'ensemble du secteur.

La présence de supervision clinique est essentielle à la Résidence Mon Parcours. Elle contribue à la qualité des services. La stabilisation de l'équipe interdisciplinaire va permettre de poursuivre une démarche de consolidation en lien avec la philosophie d'intervention préconisée, les rôles et les compétences attendues.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Des liens étroits de collaboration et une continuité des services sont remarqués notamment lors de la préparation au congé. Le processus de planification des transferts avec l'hôpital de jour est bien en place. Des intervenants de la communauté (soutien d'intensité variable et suivi intensif) peuvent être présents pour assurer la personnalisation du transfert vers la communauté. Des rencontres avec les familles sont prévues en fonction des besoins et de l'accord des clients.

Lors de congés temporaires, le partage des rôles a été clarifié en collaboration avec le personnel médical et interdisciplinaire. Comme piste d'amélioration, l'équipe mentionne la mise en place de la planification systématique des départs dès l'admission. Une ressource est prévue prochainement pour soutenir cette prochaine boucle d'amélioration.

La liaison territoire mise en place par les travailleurs sociaux favorise la continuité et l'intégration des services. Cela est à poursuivre et à systématiser dans le contexte de la planification des congés. La liaison personnalisée même en dehors des heures régulières de travail serait à considérer pour soutenir la première ligne de services.

Nous invitons l'équipe à poursuivre la mise à jour de la documentation pour l'usager et ses proches. La documentation pourrait s'arrimer au projet de planification des départs, en cohérence avec le concept de rétablissement et celui du partenariat de soins avec le patient.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers sont bien structurés. Le plan thérapeutique infirmier est réalisé tant à l'hospitalisation qu'à la Résidence Mon Parcours. À l'unité de soins, le plan de soins est fait systématiquement. Le modèle McGill est préconisé. Plusieurs procédures sont en place pour assurer la sécurité de la clientèle (ex. : protocole Clozaril) et des intervenants (oméga).

En lien avec le développement de la mission universitaire, l'optimisation des durées de séjour et l'attraction du personnel médical et professionnel, il y a nécessité de modernisation des systèmes d'information clinique.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La clientèle rencontrée souligne son appréciation face à l'écoute du personnel à l'hospitalisation. Une grande attention est accordée à la qualité et à la satisfaction de la clientèle. Toutefois, diverses méthodes systématiques et adaptées à la clientèle de santé mentale pourraient être implantées. Ces méthodes permettent de recueillir les opinions et améliorations souhaitées par la clientèle; ce que nous invitons l'équipe à examiner.

Plusieurs actions existent déjà pour prévenir ou mieux intervenir lors de situations à risque. Cependant, il est suggéré de procéder à l'élaboration d'une liste des activités à risque élevé. Cette liste pourrait documenter les actions préventives déjà en place et celles à développer. Cela contribuerait à solidifier le système clinique tout en favorisant l'amélioration continue des pratiques sécuritaires avec l'équipe.

Depuis sa création, la Résidence Mon Parcours a contribué au rétablissement de plusieurs personnes. Ces succès ont permis à des personnes utilisatrices en santé mentale de vivre en logement autonome après plusieurs années en ressource d'hébergement. L'équipe est invitée à faire connaître la trajectoire de vie de ces personnes. Certaines personnes pourraient également constituer des modèles pour soutenir le rétablissement d'autres personnes actuellement en transition au sein du réseau d'hébergement en santé mentale.

La durée moyenne de séjour fait l'objet d'un suivi par les gestionnaires. Cette mesure constitue un des éléments essentiels d'une performance à long terme.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.7 L'organisme forme le personnel et les prestataires de services sur les façons de prévenir la violence en milieu de travail.	
4.10 Les dirigeants de l'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre du personnel de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
9.1 Une évaluation des besoins de la personne ou de la famille est effectuée en temps opportun, et ce, en collaboration avec la personne et la famille.	!
14.5 Après le transfert ou la fin des services, l'équipe communique avec la personne, la famille et l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès du transfert et de la fin des services, et elle utilise les renseignements ainsi obtenus pour améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
16.1 L'équipe détermine ses besoins en matière de technologies et de systèmes d'information.	
18.1 L'organisme a recours à un processus de sélection des lignes directrices fondées sur des données probantes pour les services et le soutien offert aux clients en santé mentale.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
6.5 L'équipe interdisciplinaire évalue son fonctionnement au moins tous les ans, définit ses priorités sur le plan des mesures à prendre en fonction des résultats de l'évaluation et apporte les améliorations requises.	
17.8 L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!
20.6 L'équipe communique les résultats des évaluations au personnel, aux personnes et aux familles.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le secteur visité comprend l'accueil-évaluation-orientation, la première ligne, le soutien intensif et variable, l'hôpital de jour et la clinique externe psychiatrique.

Nous souhaitons souligner la grande mobilisation du CSSSRN lors de la tragédie de L'Isle-Verte, notamment pour le volet psychosocial. Le dévouement et le professionnalisme de l'ensemble des intervenants et gestionnaires sont dignes de mention.

L'hôpital de jour est très bien situé près du Centre hospitalier dans un milieu propre et accueillant. La programmation est bien structurée, l'équipe est dynamique. Elle accorde une grande attention à la qualité des services. La clinique externe en psychiatrie a mis en place un programme novateur qui permettra d'intervenir de manière plus précoce et plus adaptée auprès de la clientèle 15-30 ans. Toutefois, nous encourageons l'équipe et le programme à cartographier l'ajout de ce service, d'en définir le contour et la complémentarité avec les autres services et partenaires existants (Centre de réadaptation en dépendance, Centre Jeunesse) au sein du continuum. Aussi, des indicateurs de mesures sont encouragés dès l'implantation du programme.

En première ligne – Soutien d'intensité variable et Suivi intensif, le service a vécu une fragilisation administrative due à l'arrivée et au départ de plusieurs gestionnaires dans les cinq dernières années. Cependant, nous notons toujours un engagement, une grande capacité d'adaptation et une mobilisation des acteurs rencontrés. La présence d'une conseillère clinique contribue à maintenir un encadrement clinique notamment pour assurer la qualité de la pratique au niveau des régimes de protection. Nous encourageons l'organisme à porter une grande attention à l'accompagnement des gestionnaires et conseillers cliniques concernées pendant cette période de transition. La précision des rôles et responsabilités et une vision intégrée du soutien clinique dans l'ensemble des services vont faciliter cette transition.

Le suivi intensif a franchi avec succès les deux premières étapes de qualification pour devenir une équipe-école reconnue par le Centre national d'excellence en santé mentale. Un premier poste de pair-aidant a également été affiché conformément au principe de rétablissement et de partenariat avec la clientèle, tel que recommandé par le Centre national d'excellence en santé mentale. Tel que mentionné aux acteurs rencontrés, il est suggéré de s'assurer de communiquer aux partenaires syndicaux la philosophie à la base de ce type de poste novateur et incontournable pour l'amélioration des services en santé mentale.

Plusieurs ententes de partenariat existent avec les partenaires dont avec l'Institut maritime du Québec, l'Office municipal d'habitation et le Centre prévention du suicide de la région. Nous invitons les équipes à évaluer la portée et les résultats sur une base régulière.

Processus prioritaire : Compétences

Nous aimerions souligner le dévouement, l'expertise, l'intégration des services et la collaboration entre les membres des équipes interdisciplinaires. Des professionnels nous mentionnent que l'évolution de la santé mentale de la clientèle s'avère leur plus belle récompense. L'étroite collaboration entre les psychiatres et les différents professionnels facilite le transfert de connaissances et l'augmentation des compétences des membres. L'approche préconisée favorise également un travail non seulement avec la clientèle, mais aussi auprès des familles et les proches.

L'équipe porte attention à l'intégration du nouveau personnel. L'organisme soutient la formation du personnel en tenant compte des ressources disponibles. De plus, nous observons la motivation individuelle des professionnels à se développer et à prendre les moyens personnels pour améliorer leur pratique clinique.

Nous encourageons l'organisme à systématiser l'évaluation du fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire. Cela pourrait prendre la forme d'une démarche participative d'auto-évaluation continue en lien avec les données probantes sur le partenariat de soins et services.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'élaboration des plans d'intervention, des plans thérapeutiques infirmiers et des plans d'intervention interdisciplinaire font partie des forces des équipes rencontrées. La présence de plusieurs membres de l'équipe interdisciplinaire lors de l'élaboration des plans favorise l'efficacité de l'équipe. Les concepts de partenariat de soins et services et de collaboration interprofessionnelle peuvent constituer des pistes d'amélioration continue. À titre d'exemple, l'équipe est invitée à favoriser la présence de l'utilisateur lors de l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire. Aussi, il serait intéressant qu'un bilan de l'avancement et de l'efficacité des plans de services individualisés soit réalisé avec certains partenaires, entre autres, avec le Centre Jeunesse. .

Le transfert et la transition entre les services constituent un autre point fort du secteur, notamment en clinique externe. Les outils sont présents au dossier et un effort important favorise la personnalisation des transitions au sein du continuum de soins et services. Le rôle de l'infirmière clinicienne pour la liaison des demandes de 2e ligne facilite la fluidité des services. En lien avec les orientations 2015-2020 à venir en santé mentale, la clinique externe souhaite faciliter le soutien des partenaires pour les clientèles avec comorbidité. Il est suggéré d'évaluer l'apport d'autres professionnels répondant en soutien du travail de coordination de l'infirmière. À titre d'exemple, l'équipe est invitée à explorer les collaborations potentielles avec le Centre Jeunesse auprès de la clientèle jeune adulte.

La clientèle rencontrée à l'hôpital de jour apprécie la courtoisie du personnel, leur disponibilité, leur enseignement de même que le travail de groupe. Des interventions sont réalisées afin de faciliter le transport ou l'hébergement de la clientèle, réduisant les obstacles d'accès aux services. L'hôpital de jour a débuté un suivi post-séjour qui permet de valider les apprentissages et assurer la continuité des services lors de délais dans le continuum. Ce type de mesure permet de sonder la satisfaction de la clientèle dans une boucle d'amélioration continue. Le Soutien d'intensité variable (SIV) et le Suivi intensif (SI) travaillent en collaboration lors de demandes « zone grise » où l'orientation de la clientèle reste à préciser. Soulignons l'absence de délais d'attente aux SIV et SI ce qui facilite l'accès de la clientèle.

Nous encourageons les équipes à poursuivre l'analyse des réhospitalisations fréquentes. Aussi, l'équipe est invitée à identifier les zones d'optimisation (ex. : pertinence, revue des processus) dans les secteurs présentant des délais d'attente importants.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le secteur bénéficie de l'expertise du Centre national d'excellence en santé mentale. Des recommandations récentes permettent aux équipes concernées de tendre constamment vers les meilleures pratiques. Certaines équipes ont également sélectionné des outils validés pour mieux évaluer l'évolution de leur clientèle. Cela est digne de mention, notamment à l'hôpital de jour (grille Hamilton). Le dossier de la clientèle suivi au Suivi intensif est très bien structuré. Plusieurs formulaires ont été mis en place pour favoriser les transferts efficaces d'information notamment pour la liaison territoire par le service social. L'équipe est invitée à évaluer si la procédure de liaison est aussi efficace en dehors des heures régulières en particulier lors de retour vers les municipalités régionales de comté environnantes.

Lors de dilemme éthique, une discussion est ramenée en équipe. Le comité d'éthique clinique est connu par les équipes. Sa diffusion sur une base régulière est encouragée.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Avec le soutien de la gestion, les équipes sont encouragées à baliser leurs données auprès d'autres services comparables, de prioriser et de mesurer les améliorations effectuées. De plus, nous invitons les équipes à identifier les zones d'optimisation potentielles tant en première qu'en deuxième ligne, en cohérence avec les enjeux stratégiques de l'organisme et les besoins populationnels.

Il est suggéré de regrouper l'ensemble des informations concernant les délais d'accès sous forme de tableau de bord (ex. : nombre de personnes en attente, durée de l'attente) tant en première qu'en deuxième ligne. Cela permettrait de visualiser les forces et les points à améliorer au sein du continuum. Cette information pourrait être partagée avec les équipes dans un souci d'amélioration continue. Cela pourrait pallier aux besoins urgents et prioritaires de la clientèle en santé mentale. Le tout est en cohérence avec le développement d'une première ligne forte et d'une deuxième ligne spécialisée en soutien.

3.3.14 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétences		
4.7	L'organisme offre de la formation à l'équipe sur la prévention de la violence en milieu de travail.	
4.8	L'organisme offre de la formation à l'équipe sur le signalement des incidents violents en milieu de travail.	
4.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.2	L'équipe, le résident et la famille élaborent un plan de soins complet et intégré (ou un plan d'intervention individualisé et interdisciplinaire-PII) pour le résident.	
8.4	L'équipe évalue le risque pour chaque résident de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	 SECONDAIRE
8.4.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	
13.1	L'équipe suit des procédures pour offrir des soins de fin de vie qui respectent les dernières volontés des résidents.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
14.2	L'équipe respecte les lois en vigueur sur la protection de la vie privée, de même que la sécurité et la confidentialité des renseignements sur les résidents.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Depuis la dernière visite d'agrément, l'arrivée d'une nouvelle directrice à la gouvernance de la DPPPA (Direction des programmes-personne en perte d'autonomie) et la présence d'un coordonnateur chevronné au CHSLD (Centre d'hébergement de soins de longue durée) ne peut que donner un nouveau souffle à la révision du continuum de soins et services aux personnes âgées. Une belle équipe interdisciplinaire est composée entre autres d'un pharmacien sur place et d'une conseillère-cadre en soins infirmiers (en poste depuis 3 mois). Une attention doit être apportée à l'amélioration de l'environnement sécuritaire au CHSLD (rapport du Conseil Québécois d'Agrément sur la sécurité des lieux physiques) tout en tenant compte du concept milieu de vie. Suite à la visite ministérielle de qualité du milieu de vie, 15 recommandations ont été déposées, dont certaines touchent aussi la sécurité de l'environnement. L'équipe est invitée à identifier, en collaboration avec les directions concernées, des processus réguliers pour identifier les risques et les corriger dans des délais acceptables.

Processus prioritaire : Compétences

Les sondages sur la mobilisation du personnel et la satisfaction de la clientèle ont été analysés et communiqués au personnel. Ces derniers ont participé avec une bonne représentativité interdisciplinaire à l'autoévaluation de la norme Soins de longue durée. Parmi les éléments évalués, notons la nécessité de compléter les évaluations au rendement suivant un calendrier plus rigoureux. Il existe un programme d'orientation, mais une révision est nécessaire, au même titre que plusieurs politiques ou procédures qui n'ont pas été révisées, et certaines depuis plusieurs années. L'équipe est invitée à ce sujet à répertorier l'ensemble de sa documentation et à mettre sur pied un calendrier de révision et d'approbation, et assurer par la suite la mise en œuvre de ces politiques, programmes ou procédures. On note néanmoins des initiatives améliorant la sécurité des usagers quant à l'implantation d'approches telle la vérification des toiles de leviers sur une base régulière documentée. Les formations offertes sont multiples, tels le PDSB (déplacement sécuritaire des bénéficiaires), l'approche relationnelle, l'intraveinothérapie, la prévention des escarres et le traitement des ulcères (ces dernières par Webinaires). Le personnel s'est dit très satisfait des formations qui lui sont offertes, et une attention devra être apportée aux formations sur la confidentialité et sur la prévention de la violence en milieu de travail en collaboration avec la direction des ressources humaines.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'utilisation de mesures de contrôle est exemplaire, l'objectif zéro contention étant presque atteint. L'enseignement aux familles est ajusté afin d'atteindre cet objectif dans le respect des capacités du résident sans mettre en péril son droit à la sécurité. Le personnel reçoit régulièrement des formations qui leur permettent le rehaussement de leur compétence tel l'examen physique de la personne âgée; il est indiqué de poursuivre le développement des compétences pour l'accompagnement fin de vie. Le service d'animation-loisirs vient de terminer la révision de son programme et inclut une couverture sur sept jours tel que recommandé par la visite ministérielle. Plusieurs documents de référence mis à la disposition du personnel ne sont pas à jour ou en révision. L'équipe est donc encouragée à les répertorier et à poursuivre leurs mises à jour.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Il faut souligner le développement d'outils cliniques répondant aux besoins de l'équipe interdisciplinaire, et de dépliants répondant aux besoins en information des usagers/familles. Il faudrait porter une attention particulière à l'uniformisation de la présentation de ces dépliants, par exemple indiquer l'année de leur mise en circulation ou de leur mise à jour, les personnes ayant contribué à leur développement, le tout en conformité avec les orientations du service des communications. L'équipe fait preuve d'une très grande ouverture à mettre en place les modalités pour obtenir les meilleures pratiques basées sur des données probantes et sur la recherche ou les pratiques exemplaires. La conseillère-cadre en soins facilite ce développement. L'équipe est encouragée à continuer sa réflexion quant au rôle de chacun et de structurer ses besoins en matière de développement de systèmes d'information.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Ce processus couvre trois pratiques organisationnelles requises, lesquelles sont conformes. L'équipe est encouragée à évaluer ces pratiques en mesurant les résultats ou sous forme d'audits (indicateur de processus). La double identification est respectée chez le personnel, malgré l'absence de bracelet d'identification chez la clientèle. Depuis la dernière visite d'agrément, l'information aux familles concernant leur rôle quant à la sécurité est remise dans le guide d'accueil. Le comité des résidents est actif et participe aux améliorations du milieu de vie. La stabilité du personnel a été rapportée par ce dernier comme étant un enjeu important. Une résidente rencontrée a mentionné le besoin de porter une attention particulière à la chaleur des aliments. Le coordonnateur participe à l'élaboration des différents plans d'action qui font suite aux visites d'Agrément Canada, du Conseil québécois d'agrément et du Ministère de la Santé et des Services sociaux quant à l'appréciation des services et du milieu de vie. Il serait intéressant de pouvoir intégrer en un seul plan l'ensemble des objectifs afin d'en faciliter le suivi. Le déploiement d'un plan de communication pour la consolidation de l'approche milieu de vie est à souligner. Il serait important de donner suite aux sondages sur la mobilisation du personnel et sur la satisfaction de la clientèle, et de partager les résultats avec cette dernière.

3.3.15 Ensemble de normes : Services de soins intensifs

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de soins intensifs.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 L'organisme met sur pied une équipe interdisciplinaire pour assurer la prestation des services de soins intensifs.	
3.9 Les membres de l'équipe interdisciplinaire communiquent régulièrement pour coordonner les services, les rôles et les responsabilités.	!
3.10 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.6 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
5.2 Les chefs d'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et utilise les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations.	
10.2 L'équipe interdisciplinaire effectue des tournées quotidiennes.	
10.3 L'équipe interdisciplinaire établit et évalue les buts quotidiens de chaque client.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
6.2 L'équipe utilise des critères normalisés pour déterminer si les clients potentiels ont besoin de services de soins intensifs.	
10.6 L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression. 10.6.5 L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	 SECONDAIRE
12.7 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.	

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

7.4	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.	
7.4.1	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.	PRINCIPAL
16.2	Le personnel et les prestataires de services participent régulièrement à des séances d'information sur la sécurité où il est question des problèmes de sécurité potentiels, de la réduction des risques d'erreurs et de l'amélioration de la qualité des services.	
16.3	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.	
16.3.1	L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des clients et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
16.3.2	L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	PRINCIPAL
18.1	L'équipe cerne les indicateurs de processus et de résultats pour les services de soins intensifs, et en assure le suivi.	
18.2	L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services de soins intensifs.	
18.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
18.4	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.	
18.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe de l'unité des soins intensifs (USIC) se remet d'une fusion entre les soins intensifs chirurgicaux et l'unité des soins coronariens. Après cinq ans, les postes et compétences sont consolidés. Beaucoup d'effort a été déployé pour assurer le succès de cette fusion, mais aux dépens de l'avancement d'autres dossiers comme l'élaboration de buts et objectifs et d'un plan d'amélioration de la qualité pour l'USIC. Cependant, le plan d'action découlant du questionnaire portant sur la norme des soins intensifs offre un bon point de départ pour l'élaboration d'un plan plus global d'amélioration.

L'équipe bénéficie de trois internistes, une ressource importante pour épauler l'équipe dans son cheminement de qualité surtout dans l'élaboration et d'implantation de protocoles normalisés pour les conditions les plus critiques. L'USIC est une unité ouverte et elle n'a pas de critères d'admission. Un des buts à long terme est de devenir une unité semi-fermée, mais plus urgente sera l'élaboration de critères d'admissibilité et d'un système de priorisation.

Processus prioritaire : Compétences

Puisque l'USIC est une unité ouverte, il y a beaucoup de médecins différents qui admettent. Ceci nuit à l'harmonisation et au déploiement de protocoles normalisés. Cependant, avec l'arrivée des internistes le protocole de prévention des TVP et EP, protocole pour patients ventilés et pour patients avec cathéter central, a été développé et mis en place. Bien qu'il n'y ait pas d'équipe interdisciplinaire formelle, l'USIC profite de la disponibilité d'inhalothérapeutes, et d'un pharmacien qui sont disponibles pour soins et consultation.

Le personnel a accès à de la formation soit à l'interne ou parfois localement comme lors de journée colloque. Le personnel est formé en réanimation cardiorespiratoire (RCR).

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe est compétente et soucieuse de livrer des soins de qualité et sécuritaire. Le personnel est formé pour reconnaître les situations qui présentent des risques potentiels et connaissent bien les politiques sur les déclarations d'incidents accidents ainsi que leur responsabilité par rapport à la divulgation d'incidents.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a bénéficié de la venue de deux nouveaux internistes avec un intérêt pour les soins intensifs.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a élaboré un plan d'action à partir des réponses de l'auto-évaluation du personnel de l'USIC qui est un bon point de départ à l'élaboration d'un plan global d'amélioration de la qualité des services. Avec l'élaboration de ce plan, l'équipe est encouragée à identifier et s'entendre sur des indicateurs pertinents à leurs services qui serviront à identifier des pistes d'améliorations. De plus, l'équipe est encouragée à faire un suivi des clients post transferts aussi dans le but d'évaluer l'efficacité de ses services et d'évaluer la satisfaction de la clientèle.

3.3.16 Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 Les buts et objectifs de l'équipe sont rédigés dans un style clair, sont mesurables et directement liés aux orientations stratégiques de l'organisme.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.8 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.7 L'équipe évalue et satisfait les besoins de chaque membre en matière de formation et de perfectionnement.	
4.8 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
9.4 L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.	
9.4.1 L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.	PRINCIPAL
9.4.2 L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque client à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du client.	PRINCIPAL
9.4.3 L'équipe met en oeuvre des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.	PRINCIPAL
9.4.5 L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Depuis juin 2013, une nouvelle gouvernance a été mise en place pour les 2 régions (Bas St-Laurent et Gaspésie). Un comité présidé par les 2 présidents-directeurs généraux de ces deux régions et regroupant les représentants des CSSS responsables des programmes de lutte contre le cancer a désigné le CSSS Rimouski-Neigette comme centre régional et suprarégional en lutte contre le cancer. La direction du Programme de lutte contre le cancer est à finaliser les orientations stratégiques.

Une planification des objectifs est amorcée, mais non finalisée.

Processus prioritaire : Compétences

L'assistante infirmière-chef assure la liaison avec les différents professionnels et médecins. L'équipe est invitée à faire le point sur le fonctionnement interdisciplinaire en place et souhaité. La planification des activités de formation est à systématiser.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Un programme de soins de plaies a été élaboré au sein de l'organisation. Son déploiement est à venir.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le comité de pharmacologie adopte les nouvelles thérapies médicamenteuses en se référant aux données probantes et aux pratiques exemplaires.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est encouragée de systématiser l'évaluation des services offerts en sollicitant la collaboration des membres de l'équipe et de la clientèle.

3.3.17 Ensemble de normes : Services des urgences

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

10.4	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.	 PRINCIPAL
10.4.1	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.	

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe est gérée en cogestion avec un chef de service et un directeur médical. La population desservie par l'urgence est bien connue et les services sont élaborés pour satisfaire ses besoins. L'équipe a établi un plan directeur pour les services d'urgence étalé sur cinq ans avec des buts, objectifs et indicateurs de suivi. Le chef de service consulte les membres de l'équipe dans l'élaboration des objectifs et communique le plan avec tout le personnel du service. Puisqu'on arrive à la dernière année du plan, l'équipe est encouragée à faire une mise à jour de leur plan directeur pour l'actualiser dans le contexte des enjeux organisationnels. L'équipe est engagée, dynamique et soucieuse d'offrir des soins de qualité et sécuritaire. On souligne le travail qui a été fait au niveau du cheminement du client où l'on a introduit le triage avant inscription afin d'éviter des échappés de cas critiques. Un comité interdisciplinaire de triage a été mis sur pied pour cibler les besoins du personnel médical face à la qualité du triage et afin d'identifier des pistes d'amélioration. On a aussi remis sur pied le comité médico-nursing pour satisfaire les besoins des prestataires de soins sur les enjeux touchant la prestation des soins à l'urgence comme l'élaboration d'ordonnances collectives spécifiques à l'urgence.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire est mobilisée, engagée et très motivée. On ressent un climat de collaboration et de soucis d'offrir des soins de qualité. Afin de rencontrer les besoins en formation on a établi des midis formations tous les mercredis, qui portent sur des sujets divers et pertinents. Le rendement du personnel est évalué.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe s'est fixée comme but d'améliorer le cheminement du patient à l'urgence. Outre l'introduction du triage avant l'inscription, on s'est fixé comme but de compléter un PRISMA 7 sur 100 % de la clientèle âgée de 75 ans et plus et d'éviter le déconditionnement de cette clientèle lors de leur séjour à l'urgence. Par le système d'identification de la mobilité, on favorise le plus possible la mobilité de cette clientèle. De plus, l'infirmière de liaison du service ainsi que de la travailleuse sociale participe tous les jours au rapport du matin afin de cibler les patients qui pourraient présenter des problématiques pour le retour à domicile afin de travailler sur des solutions le plus tôt possible. Une politique du débordement des urgences a été développée et est en processus d'approbation. En lien avec la gestion des lits, on est en mesure d'identifier rapidement les conditions critiques et de mettre en place des solutions afin d'éviter les engorgements. Depuis l'implantation de cette procédure, on ne rapporte aucun 24 heures à l'urgence. De plus, on a travaillé en aval dans la communauté en déployant les infirmières de liaison de l'urgence dans les foyers de personnes âgées durant la saison grippale afin de faire de l'éducation auprès du personnel de ces institutions pour réduire le nombre de transferts de personnes âgées à l'urgence sans motifs critiques de transfert. On rapporte qu'on a observé une diminution de transferts pour raison de grippe. On a aussi instauré un système d'identification des plus hauts consommateurs des services afin de travailler à trouver des solutions et éviter des visites non fondées.

Le personnel a accès à des formations surtout par les conférences midi. On ne recueille pas d'information sur la satisfaction de la clientèle sur les services et soins reçus. Ceci pourrait être un objectif à explorer comme piste amélioration dans la prochaine itération de plan d'action.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La remise sur pied du comité médico-nursing permettra d'établir et de réviser tout protocole ou ordonnance collective soumis au comité pour implantation à l'urgence.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Dans un but d'amélioration de la qualité l'équipe suit des indicateurs comme le taux de complétion du Prisma 7 chez les 75 et plus, le temps de séjour à l'urgence, le taux d'occupation des lits, et la qualité du triage entre autres. Le personnel sait comment identifier les situations de risque et aussi comment remplir les déclarations d'incidents et accidents. On ne fait pas de sondage de la satisfaction de la clientèle et ceci est une piste qu'on suggère d'explorer.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'équipe travaille en collaboration avec l'équipe de l'unité des soins intensifs pour réactiver le programme de dons d'organes et réaliser les objectifs et procédures de TRANSPLANT Québec et se conformer aux exigences de la loi 125. Un comité de dons d'organes a été réétabli pour assurer la mise en œuvre de ce programme. La formation au niveau de ce programme est disponible en ligne et le grand défi est de s'assurer que le plus grand nombre de personnels complète cette formation afin que le plus grand nombre de donneurs potentiels soit identifié et acheminé à TRANSPLANT Québec. Le comité est interdisciplinaire et compte sur l'implication des internistes pour mobiliser le personnel médical envers cet enjeu.

3.3.18 Ensemble de normes : Services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services transfusionnels	
4.4 Les gestionnaires de l'équipe consignent les résultats d'évaluation et de réévaluation des compétences.	
4.5 L'équipe participe à un programme de vérification des compétences qui comprend la prise de mesures correctives lorsque les résultats des évaluations des compétences sont insatisfaisants.	
4.6 L'équipe dispose d'un système qui évalue régulièrement l'efficacité de ses activités de formation et d'évaluation des compétences.	
4.7 L'organisme tient et conserve pour chaque membre de l'équipe des dossiers complets et à jour sur les qualifications, la formation et les compétences, y compris les résultats d'évaluation et de réévaluation des compétences, ainsi que les mesures correctives.	
5.3 L'équipe révisé et met les PON à jour tous les deux ans ou plus souvent si cela s'avère nécessaire.	
5.4 L'équipe suit un système de contrôle documentaire pour l'élaboration et la mise à jour des PON.	
5.6 L'équipe évalue régulièrement la conformité à ses PON et apporte les changements qui s'imposent.	

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

Processus prioritaire : Services transfusionnels

Le CSSS de Rimouski-Neigette est un centre désigné pour la médecine transfusionnelle qui offre des services régionaux et suprarégionaux pour cinq régions de l'est du Québec totalisant une douzaine de centres affiliés. L'équipe se compose de technologistes, des hémato-oncologistes, une chargée technique, une chargée clinique en hémovigilance. La collaboration entre les différents membres de l'équipe est excellente et les rôles sont clairement définis.

Le Comité régional de médecine transfusionnelle se réunit régulièrement et le suivi des dossiers est assuré de manière prompt et efficace. Un audit externe des centres affiliés est effectué annuellement par l'équipe du centre désigné et un suivi des actions correctives est effectué systématiquement.

Au CSSS de Rimouski-Neigette, nous avons observé une excellente conformité aux procédures contenues dans le manuel clinique de médecine transfusionnelle. Les infirmières et médecins utilisateurs des services transfusionnels sont très satisfaits des services rendus par la banque de sang et par les services transfusionnels. Les produits transfusionnels sont préparés et livrés dans les délais prescrits, le personnel de la banque de sang est courtois et bien formé, les procédures opérationnelles normalisées (PON) de la banque de sang sont à jour et explicites. Des audits internes sont effectués régulièrement et le suivi des actions correctives est effectué promptement.

Un programme de vérification des compétences et de l'efficacité des activités de formation a été élaboré, mais le déploiement n'est pas encore complété. L'organisme est encouragé à compléter cette démarche afin de soutenir son programme de gestion intégré de la qualité. La rédaction des PON du secteur de médecine transfusionnelle et de banque de sang est complétée et le processus de révision est amorcé.

L'excellence des services de médecine transfusionnelle du CSSS de Rimouski-Neigette s'inscrit dans la foulée des investissements majeurs consentis au Québec depuis plus de dix ans afin d'assurer des services transfusionnels sécuritaires pour tous les patients.

3.3.19 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
1.6 L'équipe évalue continuellement ses services et les modifie au besoin.	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services de soins ambulatoires sont mesurables et précis.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.5 L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.	
4.8 L'équipe évalue et satisfait les besoins de chaque membre en matière de formation et de perfectionnement.	
4.9 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>8.4 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p> <p>*Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p> <p>8.4.1 L'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et il consigne cette information.</p> <p>8.4.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, l'organisme précise à quelle fréquence il faut répéter le bilan comparatif des médicaments et il consigne cette information.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

8.4.3	Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille et le soignant (selon le cas) et le consigne par écrit au dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.4.4	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, l'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) à la liste actuelle de médicaments; elle décèle et consigne tout écart entre les deux sources d'information. Cela se fait à la fréquence établie par l'organisme dans sa documentation.	PRINCIPAL
8.4.5	L'équipe collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les sources d'information OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.	PRINCIPAL
8.4.6	Quand les écarts sont réglés, l'équipe met la liste de médicaments à jour et la conserve dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.4.7	L'équipe remet à l'utilisateur et au prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) la liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL
12.6	Après le transfert ou la fin de services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
13.11	L'équipe entrepose de l'équipement, des appareils médicaux et des fournitures propres et stériles, séparément de l'équipement souillé et des déchets.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
16.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent aux services de soins ambulatoires.	!
16.2	L'équipe examine ses lignes directrices pour s'assurer qu'elles sont conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
17.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
17.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
17.2.2	La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	PRINCIPAL

17.2.3	La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	PRINCIPAL
17.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
17.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
17.3	Le personnel et les prestataires de services participent régulièrement à des séances d'information sur la sécurité où il est question des problèmes de sécurité potentiels, de la réduction des risques d'erreurs et de l'amélioration de la qualité des services.	!
17.5	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en oeuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	!
19.1	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de soins ambulatoires.	
19.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

En ce qui concerne la planification des services en ambulatoire, l'équipe est encouragée à définir et aligner des buts et objectifs mesurables en lien avec la planification stratégique basée sur les besoins de la communauté. L'accueil clinique a été implanté récemment et l'équipe est encouragée à continuer de mesurer l'impact de cette approche sur l'orientation et la satisfaction de la clientèle. Le développement de l'hémodialyse à domicile a été soulevé comme étant un besoin partagé par l'équipe, la clientèle de néphrologie augmentant de 10 % par année. À souligner le leadership de cette spécialité suprarégionale et l'implication remarquable du personnel infirmier au développement des meilleures pratiques.

Processus prioritaire : Compétences

Les services de néphrologie et de médecine de jour/accueil clinique/soins courants sont depuis peu sous la responsabilité de nouvelles gestionnaires qui n'hésitent pas à faire appel à leur personnel dévoué et créatif pour leur contribution à l'amélioration des soins et services. L'équipe mise sur l'enseignement et sur des dépliants à jour qui sont disponibles à la clientèle. Les évaluations au rendement ne sont pas complétées selon le programme en vigueur. L'équipe est encouragée à répondre aux besoins de formation pour la sécurité des patients tels le PDSB (déplacement sécuritaire des patients) et la RCR (réanimation cardiorespiratoire).

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe réussit avec succès à répondre en temps opportun aux besoins de la clientèle. La clientèle reçoit l'enseignement sous forme de vidéo et a accès à de nombreux documents de référence pour assurer la continuité de leurs soins et leur prise en charge à domicile. Plusieurs autres outils dignes de mention ont été développés afin que l'équipe ait en main l'information nécessaire pour assurer les meilleurs soins aux patients, en particulier dans le secteur de la dialyse.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe est encouragée à structurer ses besoins en matière de développement de systèmes d'information clinique. De plus, bien que le personnel participe très activement au développement des bonnes pratiques, l'équipe est invitée à identifier quelle structure lui permettra de sélectionner les meilleures pratiques basées sur des données probantes, dans une optique de pérennité et d'exportation régionale de l'expertise.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est encouragée à diffuser les résultats des évaluations de la qualité et de la satisfaction auprès de son personnel et auprès de la clientèle. Les activités à risque élevé ne sont pas identifiées par un processus formel. En général, l'équipe de soins ambulatoires est encouragée à poursuivre le développement de tableaux de bord et le développement des meilleures pratiques, et de continuer à identifier ses besoins en terme de ressources pour atteindre ses buts et objectifs, en soutien à la planification stratégique.

3.3.20 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.2 La prestation des services de l'organisme repose sur ses buts et objectifs.	
2.3 Les buts et les objectifs de l'organisme sont mesurables et précis.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	

Le leadership de cette équipe permet un enlignement clair avec les grands enjeux stratégiques reliés à la première ligne (tels l'assurance autonomie et les soins palliatifs). L'innovation est au cœur des actions et les clients en ressortent gagnants sur toute la ligne de services; par exemple, le développement d'une grille de vulnérabilité/mobilité pour aider à déterminer les critères d'admissibilité de l'usager ou encore le déploiement du Prisma 7 (repérage avec marqueurs d'autonomie) dans la communauté. L'équipe tire profit de ses partenariats externes et fait preuve d'un leadership en s'impliquant au sein du CSSS. Les enjeux touchent le développement d'une culture de responsabilisation des usagers en regard de leur santé, la continuité d'un partenariat dynamique avec les ressources pour personnes âgées et l'Entreprise d'économie sociale, et enfin le soutien à l'intégration d'une culture de sécurité. L'équipe est invitée à formuler des objectifs mesurables, tout en assurant le suivi de ses réalisations sous forme d'indicateurs.

Processus prioritaire : Compétences

L'interdisciplinarité est teintée d'un dynamisme centré sur la clientèle. La diversité des rôles est connue par chacun des membres de l'équipe, et l'équipe travaille sur les responsabilités qui y sont associées afin de permettre la complémentarité sans dédoublement de fonctions. Le personnel est consulté pour la planification de la formation continue, où l'on porte une attention particulière au volet sécurité (Formation Omega, PDSB-déplacement sécuritaire des bénéficiaires). La présence d'une conseillère en soins infirmiers et un conseiller travailleur social assurent le développement des compétences basées sur les meilleures pratiques interdisciplinaires de première ligne.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe répond en tous points aux critères relatifs à l'épisode de soins. Il y a eu un travail remarquable pour intégrer les objectifs des différents outils mis à la disposition du personnel et répondre aux attentes de qualité et de sécurité. Plusieurs documents de référence sont utilisés aux fins d'enseignement à la clientèle (tels les programmes de l'AQESSS – Association québécoise des établissements de santé et services sociaux). La confidentialité est une préoccupation constante. Les procédures concernant le rôle de chacun pour la prise de médicaments à domicile et la déclaration des incidents/accidents méritent d'être soulignées. L'évaluation de la douleur chez l'utilisateur est bien documentée, ainsi que l'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile et la stratégie de prévention des chutes par le plan d'intervention interdisciplinaire. Le personnel reconnaît l'importance de la double identification chez l'utilisateur même si quelquefois le personnel se retrouve en pays de connaissance.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe est encouragée à réfléchir sur l'utilisation d'outils informatisés permettant la transcription en temps réel des notes de professionnels et infirmières afin de réduire le temps alloué par les intervenants à l'aspect administratif du travail - temps indirect. L'équipe s'inspire des lignes directrices fondées sur des données probantes pour améliorer sa performance.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe est ouverte à développer son propre tableau de bord définissant différents indicateurs de qualité visant l'amélioration des soins et services à la population, et à faire connaître sa contribution au maintien à domicile des personnes âgées du territoire qu'elle dessert. Plusieurs des initiatives et processus mis en place sont dignes de mention et exportables aux autres CSSS (telle l'évaluation précomité d'organisation des services [COS] pour identifier les besoins en soins et services avant de les attribuer à un intervenant pivot).

3.3.21 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération	
1.8 L'équipe interdisciplinaire suit un processus officiel pour évaluer régulièrement son mode de fonctionnement, définir ses priorités et apporter les améliorations nécessaires.	
6.8 L'équipe utilise une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale. <ul style="list-style-type: none"> 6.8.3 L'équipe a établi un processus qui lui permet de vérifier constamment que la liste de contrôle est respectée. 6.8.4 L'équipe évalue l'utilisation de la liste de contrôle et communique les résultats aux membres du personnel et aux prestataires de services. 6.8.5 L'équipe utilise les résultats de l'évaluation pour améliorer la mise en oeuvre et une plus grande utilisation de la liste de contrôle. 	 PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE
9.9 L'équipe répond aux urgences qui surviennent en salle d'opération.	!
12.11 L'équipe peut retracer tous les articles ayant été stérilisés ou retraités afin de pouvoir les rappeler en cas de défaut ou de bris du système de stérilisation.	!
14.3 L'équipe sélectionne des indicateurs de rendement pour la salle d'opération et les services connexes, et en fait le suivi.	!
Ensemble de normes : Services de chirurgie	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
7.9 L'équipe évalue le risque pour chaque client de développer une plaie de pression et met en oeuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression. <ul style="list-style-type: none"> 7.9.1 L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé. 7.9.2 L'équipe évalue à nouveau le risque de développer des plaies de pression pour chaque client à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état du client. 	 PRINCIPAL PRINCIPAL

7.9.3	L'équipe met en oeuvre des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.	PRINCIPAL
7.9.4	L'équipe appuie la formation des prestataires de soins de santé, des clients et des familles ou des aidants sur les facteurs de risque et les stratégies pour la prévention des plaies de pression.	SECONDAIRE
7.9.5	L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.	SECONDAIRE
11.6	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille, l'organisme ou l'équipe 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.	
14.5	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
15.2	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les blessures qui résultent d'une chute chez les clients.	
15.2.1	L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes.	PRINCIPAL
15.2.4	L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.	SECONDAIRE
15.2.5	L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	SECONDAIRE
16.1	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de chirurgie.	
16.2	L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services de chirurgie.	
16.3	L'équipe compare les résultats de ses évaluations avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
16.4	L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.	
16.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

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

L'équipe de gestion du bloc opératoire est une équipe dynamique, engagée et soucieuse d'améliorer ses services dans le contexte des enjeux organisationnels. L'équipe de gestion est formée du chef du bloc opératoire, le directeur médical du bloc opératoire et le chef des services de chirurgie. Il y a une bonne collaboration entre les trois pour travailler sur les enjeux qui requièrent une attention particulière et à mobiliser le personnel pour développer des pistes de solutions. Notamment, le projet d'attraction et de rétention du personnel est à souligner. La réflexion et la démarche entreprise pour développer des pistes de solutions réalistes tout en tenant compte des effets de second et troisième ordre démontrent une conscience et perspicacité qui évolue dans une optique d'amélioration continue de la qualité. Cela témoigne d'un souci pour le bien-être du personnel du bloc, des patients et de l'organisation. L'équipe de gestion est soucieuse de proposer des améliorations qui se traduiront par une amélioration de l'efficacité, de l'efficience, et de la productivité au niveau des services qu'elle offre afin d'assurer des services qui satisfont les besoins de la population desservie et aussi d'assurer une pérennité au niveau des effectifs pour satisfaire les besoins futurs de la population. L'équipe de gestion s'est aussi penché sur le plan d'organisation du travail et les horaires afin de mieux gérer le stress du personnel et d'éviter les absences dues à la surcharge de travail.

L'équipe du bloc est une équipe motivée et mobilisée qui dégage un bon esprit d'équipe. Depuis la dernière visite d'agrément, beaucoup de travail a été fait pour corriger les lacunes soulevées. Notamment, l'implantation de la liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire et la pause préopératoire ont été mises en place; ce qu'on a été en mesure d'observer en temps réel. Selon le personnel interrogé, cette pratique a eu comme effet de diminuer les oublis d'antibiothérapie au moment de l'induction et des infections postopératoires. L'équipe est encouragée à vérifier si la procédure est bien utilisée. Les chirurgiens ont aussi adopté la signature directe sur la peau pour les chirurgies latéralisées. L'équipe offre une bonne gamme de services chirurgicaux. Elle dessert plus que la population locale de Rimouski et accueille une clientèle régionale. Le bloc a récemment bénéficié de travaux de réaménagement (en autre bonification des systèmes de ventilation, nouveaux systèmes d'éclairage, etc.) pour rehausser certains systèmes au niveau de conformité d'un établissement de santé. En effet, le centre hospitalier a plus de cinquante ans et les locaux et salles sont exigus et caducs. Le ministère de la Santé a donné son aval pour le dépôt d'une proposition de réaménagement du bloc opératoire.

Le personnel est bien formé et encadré par deux infirmières cliniciennes (une au bloc et une à la salle de réveil). Le personnel reçoit de la formation sur une gamme de sujets dont la déclaration des incidents/accidents, la prévention des infections, l'intraveinothérapie, ainsi qu'en RCR. L'évaluation du rendement se fait de façon formelle pour le personnel en probation et surtout informelle pour le personnel permanent. Le personnel est satisfait de la communication au sein de l'équipe.

Au niveau de l'unité de soins chirurgicaux, on observe encore une fois une équipe mobilisée, compétente qui est soucieuse de livrer des soins de qualité. Les patients sont bien accueillis à l'unité et les protocoles postopératoires sont bien suivis. L'organisation du travail est bien gérée pour éviter les engorgements surtout le lundi matin lorsque l'horaire du bloc reprend ses activités. Cependant, il n'y a pas de plan d'amélioration de la qualité des services avec des buts et objectifs élaborés en collaboration avec l'équipe de soins. Il existe une possibilité qui n'a pas encore été explorée ou exploitée. Il existe un continuum des services de chirurgie qui commence avec tout le processus de préadmission opératoire, l'épisode de chirurgie, l'épisode de salle de réveil, le passage à l'unité des soins intensifs ou directement à l'unité de chirurgie et finalement le suivi en clinique externe après le congé. Il y a déjà un beau projet d'amélioration de la qualité du processus d'évaluation en préopératoire déjà d'amorcé et qui devrait avoir un impact au niveau de délais d'accès des listes d'attente, de la qualité du dossier et de l'évaluation préopératoire avec pour objectif d'éviter les annulations de chirurgies prévues. Il s'agit de s'entendre en équipe sur d'autres indicateurs qui peuvent être suivis; à titre d'exemple les taux d'infections postopératoires, les réadmissions ou retour à la salle d'opération, taux de thrombo-embolie veineuse ou embolie, pour développer d'autres pistes d'amélioration.

De plus, le retour des patients à la clinique externe pour suivi postop offre une opportunité unique d'obtenir de la rétroaction sur leur satisfaction par rapport à toutes les étapes du continuum de chirurgie et de se servir de cette information pour apporter des améliorations aux services.

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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

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

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

- Période de collecte de données : 15 avril 2013 au 17 octobre 2013
- Nombre de réponses : 8

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	0	50	50	89
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	25	75	93
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	0	100	93
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	13	13	75	90

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	25	25	50	89
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	13	13	75	92
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	13	13	75	94
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	0	25	75	93
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	13	0	88	92
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	13	13	75	90
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	13	25	63	88
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	13	88	89
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	13	0	88	92
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	38	63	87
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	13	88	96
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	50	50	91

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	13	88	95
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	13	63	25	78
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	38	25	38	66
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	13	25	63	61
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	25	0	75	77
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	63	25	13	53
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	25	0	75	78
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	0	13	88	81
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	25	0	75	64
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	13	0	88	92
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	13	38	50	78
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	13	13	75	92

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	14	0	86	81
30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	25	13	63	88
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	25	0	75	84
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	0	50	50	79
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	25	75	86
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	13	88	91
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	14	14	71	92
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	0	25	75	86
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	25	75	90

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

4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

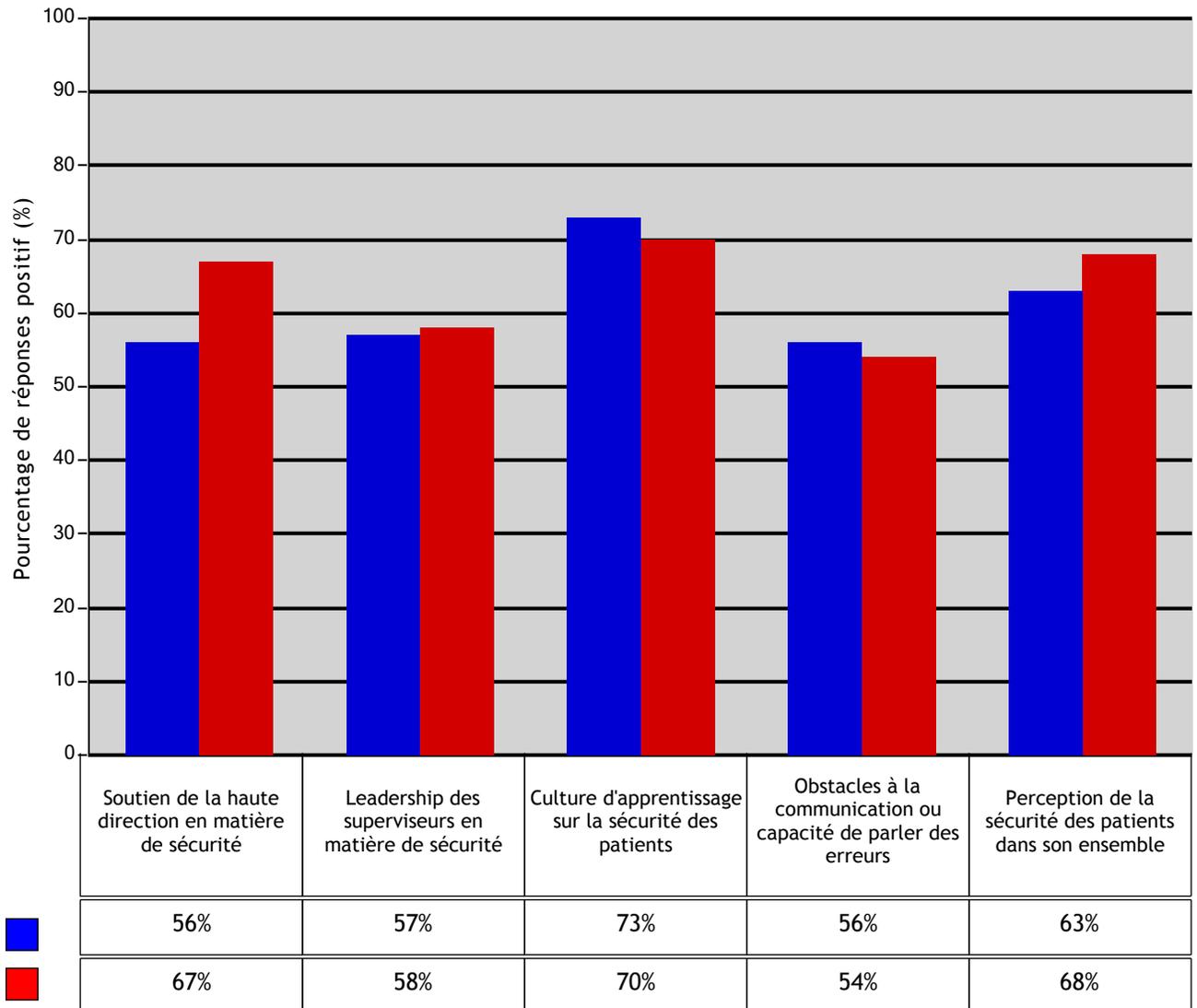
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- Période de collecte de données : 7 mai 2013 au 21 juin 2013
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 299
- Nombre de réponses : 473

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



Légende

- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette
- * Moyenne canadienne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mobilisation :

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

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 982			Autres établissements du Québec n = 16982		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	77,00	76,00	78,00	78,00	75,00	79,00
JAUNE	Implication	75,00	74,00	76,00	74,00	71,00	77,00
JAUNE	Collaboration	79,00	78,00	79,00	78,00	75,00	79,00
JAUNE	Soutien	69,00	68,00	71,00	70,00	66,00	74,00
JAUNE	Communication	68,00	66,00	69,00	68,00	63,00	71,00
ROUGE	Leadership	59,00	58,00	61,00	71,00	67,00	74,00

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

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

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

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

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

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

Clientèle hébergement :

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

Code couleur	Indicateurs	Organisation			Autres établissements du Québec		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	85,00	82,00	87,00	86,00	85,00	88,00
JAUNE	Prestation professionnelle	83,00	80,00	85,00	83,00	81,00	86,00
JAUNE	Organisation des services	81,00	79,00	83,00	83,00	81,00	86,00

Clientèle CH et CLSC :

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS Rimouski-Neigette et celui observé dans des établissements comparables

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 823			Autres établissements du Québec n = 11451		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	89,00	89,00	90,00	89,00	87,00	90,00
JAUNE	Prestation professionnelle	87,00	86,00	88,00	86,00	85,00	88,00
JAUNE	Organisation des services	84,00	83,00	85,00	82,00	79,00	85,00

Annexe A Processus prioritaires

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

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

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

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

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

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

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