

Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément

Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de Laval

Laval, QC

Dates de la visite d'agrément : 13 au 18 septembre 2015

Date de production du rapport : 8 octobre 2015



**AGRÉMENT CANADA
ACCREDITATION CANADA**

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

Agréé par l'ISQua



**CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÉMENT**

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

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

Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux de Laval (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 septembre 2015. Ce rapport repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

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

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

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

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

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

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale



Paul St-Onge
Président

Table des matières

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	19
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	21
3.0 Résultats détaillés de la visite	22
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	23
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	23
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	24
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	25
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	26
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	27
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	28
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	29
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	30
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	31
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	32
3.2 Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	34
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population</i>	34
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	35
3.3 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	36
3.3.1 <i>Ensemble de normes : Gestion des médicaments</i>	36
3.3.2 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées</i>	38
3.3.3 <i>Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</i>	42
3.3.4 <i>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections</i>	46
3.3.5 <i>Ensemble de normes : Service des urgences</i>	47
3.3.6 <i>Ensemble de normes : Services d'aide à l'enfance</i>	50
3.3.7 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	53
3.3.8 <i>Ensemble de normes : Services d'obstétrique</i>	54

3.3.9 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux	56
3.3.10 Ensemble de normes : Services de médecine	58
3.3.11 Ensemble de normes : Services de santé communautaire	60
3.3.12 Ensemble de normes : Services de santé mentale	62
3.3.13 Ensemble de normes : Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	65
3.3.14 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	68
3.3.15 Ensemble de normes : Services de soins intensifs	71
3.3.16 Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie	74
3.3.17 Ensemble de normes : Services palliatifs et services de fin de vie	77
3.3.18 Ensemble de normes : Services transfusionnels	81
3.3.19 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	83
3.3.20 Ensemble de normes : Soins et services à domicile	86
3.3.21 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	89
4.0 Résultats des outils d'évaluation	90
4.1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires	90
4.2 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)	92
4.3 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)	94
Annexe A Processus prioritaires	96

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

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre de santé et de services sociaux de Laval maintient 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 : 13 au 18 septembre 2015**

- **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 administratif et Centre ambulatoire
- 2 Centre d'hébergement de La Pinière
- 3 Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée
- 4 Centre d'hébergement Fernand-Larocque
- 5 Centre d'hébergement Idola-Saint-Jean
- 6 Centre d'hébergement Rose-de-Lima
- 7 Centre intégré de services de première ligne de l'ouest de l'Île (CISPLOI)
- 8 CLSC de Sainte-Rose
- 9 CLSC des Mille-Iles
- 10 CLSC du Marigot
- 11 CLSC du Ruisseau-Papineau
- 12 Hôpital de la Cité-de-la-Santé
- 13 Hôpital de la Cité-de-la-Santé / Centre intégré de cancérologie de Laval (CICL)
- 14 Hôpital de la Cité-de-la-Santé / Hôpital de jour / Centre de jour

- **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 Gestion des médicaments
- 3 Prévention et contrôle des infections

Normes portant sur des populations spécifiques

- 4 Santé et bien-être de la population

Normes sur l'excellence des services

- 5 Services de traitement du cancer et d'oncologie
- 6 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables
- 7 Services de soins intensifs
- 8 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées

- 9 Soins et services à domicile
- 10 Soins ambulatoires
- 11 Services de santé communautaire
- 12 Services d'imagerie diagnostique
- 13 Services palliatifs et services de fin de vie
- 14 Services de médecine
- 15 Services d'aide à l'enfance
- 16 Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients
- 17 Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer
- 18 Services d'obstétrique
- 19 Services de santé mentale
- 20 Services transfusionnels
- 21 Services de laboratoires biomédicaux
- 22 Services périopératoires et interventions invasives
- 23 Services de soins de longue durée
- 24 Service des urgences

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires
- 2 Sondage sur la mobilisation du personnel (Conseil québécois d'agrément)
- 3 Sondage sur la satisfaction de l'expérience client (Conseil québécois d'agrément)

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	113	3	2	118
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	143	1	0	144
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	748	20	26	794
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	207	1	1	209
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	349	3	7	359
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	105	0	2	107
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	1196	29	12	1237
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	74	0	0	74
Total	2935	57	50	3042

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur le leadership	43 (95,6%)	2 (4,4%)	1	84 (100,0%)	0 (0,0%)	1	127 (98,4%)	2 (1,6%)	2
Prévention et contrôle des infections	40 (100,0%)	0 (0,0%)	1	29 (100,0%)	0 (0,0%)	2	69 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Gestion des médicaments	73 (100,0%)	0 (0,0%)	5	63 (100,0%)	0 (0,0%)	1	136 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Santé et bien-être de la population	3 (100,0%)	0 (0,0%)	1	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0	38 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	31 (81,6%)	7 (18,4%)	0	31 (67,4%)	15 (32,6%)	2	62 (73,8%)	22 (26,2%)	2
Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	95 (97,9%)	2 (2,1%)	2	143 (98,6%)	2 (1,4%)	4
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	50 (96,2%)	2 (3,8%)	1	63 (100,0%)	0 (0,0%)	0	113 (98,3%)	2 (1,7%)	1
Service des urgences	47 (100,0%)	0 (0,0%)	0	80 (100,0%)	0 (0,0%)	0	127 (100,0%)	0 (0,0%)	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
Services d'aide à l'enfance	42 (100,0%)	0 (0,0%)	1	75 (100,0%)	0 (0,0%)	0	117 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Services d'imagerie diagnostique	65 (97,0%)	2 (3,0%)	0	65 (98,5%)	1 (1,5%)	2	130 (97,7%)	3 (2,3%)	2
Services d'obstétrique	61 (100,0%)	0 (0,0%)	3	80 (100,0%)	0 (0,0%)	0	141 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Services de laboratoires biomédicaux	71 (100,0%)	0 (0,0%)	0	100 (97,1%)	3 (2,9%)	0	171 (98,3%)	3 (1,7%)	0
Services de médecine	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	71 (100,0%)	0 (0,0%)	0	102 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de santé communautaire	17 (100,0%)	0 (0,0%)	0	54 (96,4%)	2 (3,6%)	0	71 (97,3%)	2 (2,7%)	0
Services de santé mentale	36 (100,0%)	0 (0,0%)	0	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0	124 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	22 (100,0%)	0 (0,0%)	0	113 (100,0%)	0 (0,0%)	0	135 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de soins de longue durée	39 (100,0%)	0 (0,0%)	1	93 (100,0%)	0 (0,0%)	1	132 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Services de soins intensifs	33 (100,0%)	0 (0,0%)	1	92 (100,0%)	0 (0,0%)	3	125 (100,0%)	0 (0,0%)	4
Services de traitement du cancer et d'oncologie	33 (100,0%)	0 (0,0%)	0	73 (97,3%)	2 (2,7%)	1	106 (98,1%)	2 (1,9%)	1
Services palliatifs et services de fin de vie	33 (100,0%)	0 (0,0%)	0	103 (97,2%)	3 (2,8%)	1	136 (97,8%)	3 (2,2%)	1
Services périopératoires et interventions invasives	100 (100,0%)	0 (0,0%)	0	88 (100,0%)	0 (0,0%)	0	188 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services transfusionnels	67 (95,7%)	3 (4,3%)	5	63 (96,9%)	2 (3,1%)	2	130 (96,3%)	5 (3,7%)	7

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
Soins ambulatoires	36 (100,0%)	0 (0,0%)	6	76 (100,0%)	0 (0,0%)	1	112 (100,0%)	0 (0,0%)	7
Soins et services à domicile	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	53 (100,0%)	0 (0,0%)	1	97 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Total	1065 (98,5%)	16 (1,5%)	28	1767 (98,3%)	30 (1,7%)	20	2832 (98,4%)	46 (1,6%)	48

* 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)	Conforme	1 sur 1	2 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 (Service des urgences)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services d'obstétrique)	Non Conforme	2 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)	Non Conforme	2 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)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins intensifs)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services palliatifs et services de fin de vie)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	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

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 (Soins et services à domicile)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Service des urgences)	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 laboratoires biomédicaux)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services palliatifs et services de fin de vie)	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 : Communication			
Deux identificateurs de client (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services transfusionnels)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'obstétrique)	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

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)	Conforme	2 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 (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services périopératoires et interventions invasives)	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

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 (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Service des urgences)	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 médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services périopératoires et interventions invasives)	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

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			
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 (Service des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services d'obstétrique)	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 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 palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	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
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

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			
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
Prévenir la congestion au service des urgences (Normes sur le leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
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 et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	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 : 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 médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services d'aide à l'enfance)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
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 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

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			
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Soins efficaces des plaies (Soins et services à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Stratégie de prévention des chutes (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Service des urgences)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de santé mentale)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
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 (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	3 sur 3	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 : Évaluation des risques			
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

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 des services sociaux de Laval ont reçu sa dernière visite d'agrément en septembre 2011. La visite de 2015 s'inscrit dans un contexte où il se produit une transformation majeure dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois, la création de Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS). Malgré ce grand bouleversement annoncé depuis près d'une année, le personnel, les médecins et les gestionnaires ont conservé le cap de l'amélioration continue de la qualité comme en témoignent les résultats de ce rapport.

Depuis la dernière visite, l'établissement a revu sa vision : «À chaque instant, chaque jour, MEILLEURS ENSEMBLE» - Être reconnus par nos usagers, notre personnel et nos partenaires comme étant un CISSS qui œuvre de façon créative, collaborative et imputable afin d'offrir des soins et services et un milieu de travail qui inspirent la confiance. De plus, la philosophie d'intervention et de gestion du CISSS de Laval repose sur les valeurs suivantes : le respect, la bienveillance, la responsabilité, l'équité et la prévoyance.

Les équipes du CISSS ont été très actives et plusieurs distinctions ont été remises : le prix d'excellence de l'administration publique du Québec pour le modèle unique d'intégration clinique et informationnelle au Centre intégré de cancérologie; le prix d'excellence de la Direction québécoise de cancérologie pour l'implantation d'un module spécialisé en cancérologie pour le continuum de soins; le prix d'excellence du Ministère de la Santé et des services sociaux pour l'équipe interdisciplinaire du Centre désigné pour les victimes d'agression sexuelle.

À la suite de la visite d'agrément, le CISSS s'est attardé à apporter les ajustements suivants en regard : de la sécurité des patients, le bilan comparatif des médicaments, la double identification, les plans de sécurité des patients et les stratégies en prévention des chutes. L'équipe de visiteurs confirme que les corrections ont été apportées pour le mieux-être des clients du CISSS.

Le CISSS a réalisé de grands projets de construction dont la construction du Centre intégré de cancérologie, la réalisation des nouveaux locaux pour l'UMF de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, l'agrandissement de l'UMF-GMF du Marigot et finalement en septembre 2015 l'ajout d'une unité brève d'hospitalisation près de l'urgence en remplacement de l'unité de débordement de l'hôpital. À cela s'ajoutent plusieurs projets de rénovation fonctionnelle dans les services de pneumologie, unité de gériatrie, 2 salles d'opération, unité de soins spécifique pour les troubles graves de comportement, néonatalogie et la rénovation au Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée.

En regard de la planification stratégique, quelques réalisations ont été implantées comme la clinique jeunesse pour les jeunes de 14-25 ans; l'augmentation de la couverture vaccinale pour les employés; la diminution de 50% des délais d'attente aux services de 1re ligne pour la clientèle de santé mentale; la création du programme d'intervention intégrée lavallois pour les enfants (PILLE) à l'intention des familles et des enfants vivant dans un contexte de négligence; le développement de l'hémodialyse nocturne à domicile; l'ouverture d'une clinique externe de soins palliatifs; l'augmentation des capacités d'accueil en chirurgie, en soins intensifs, en néonatalogie, en radiothérapie et en GMF, en soins palliatifs, en médecine nucléaire.

Pour favoriser la continuité des services, le CISSS a déployé le Dossier clinique informatisé OACIS et le Dossier Santé Québec à Laval. Le CISSS est en projet pilote avec Info-Santé et Urgence-Santé pour diminuer le transport ambulancier du domicile à l'urgence.

Au niveau de la qualité et de l'innovation, le CSSS de Laval a débuté l'implantation de l'approche patient-partenaire de soins; a réalisé la planification stratégique de la mission universitaire en prévision de devenir un Centre hospitalier affilié universitaire; a implanté la démarche LEAN Santé avec 3 projets vitrine et a mis en place une salle de pilotage stratégique. De plus, le CSSS a posé un diagnostic sur les risques éthiques afin de se positionner en éthique clinique et organisationnelle. Sur le plan du développement du potentiel humain, le CSSS aspire à une certification de type Entreprise en santé.

Tout au long de la visite d'agrément, le sentiment d'appartenance des employés et gestionnaires à leur établissement a été senti; l'implication du corps médical dans la cogestion intra et extra CSSS; le partenariat entre les différents acteurs du système quel que soit leur milieu de pratique et le leadership des dirigeants ont aussi été notés.

Des progrès notables, dont voici un aperçu : la présence d'une unité d'éthique accessible avec disponibilité des consultants internes et d'un comité d'éthique clinique; un suivi extrêmement rigoureux des objectifs de la planification stratégique; une implantation PAN-CSSS de l'approche; l'implantation d'un bureau de projet disponible pour faire en sorte que les développements soient vécus comme un succès d'équipe et atteignent vraiment les objectifs souhaités; les laboratoires qui se sont grandement améliorés, avec une dynamique d'équipe très constructive; l'application de toutes les POR reliées à la sécurité; la participation de patients partenaires dans la révision de processus et d'exercices de type KAISEN; le déploiement de plusieurs initiatives permettant une utilisation efficiente des durées de séjours en milieu hospitalier; une programmation clinique qui suit et parfois devance les tendances en matière d'application des bonnes pratiques; la participation active de médecin dans la plupart des sphères de développement des services à la clientèle; une grande disponibilité des équipes du soutien à domicile pour faire en sorte que la fluidité dans l'offre de service soit au rendez-vous.

Le CSSS d'ici la prochaine visite d'agrément devra travailler sur les aspects suivants :

- Revoir l'organisation de service pour le retraitement des endoscopes;
- Harmoniser la documentation clinique concernant les protocoles de prélèvement et de transfusions;
- Travailler à l'intégration transversale des différents systèmes d'information clinique;
- Revoir le fonctionnement de l'ensemble des centres de prélèvements;
- Faire connaître le plan de déploiement du bilan comparatif des médicaments;
- Rendre plus visibles les formulaires de traitement des plaintes;
- Faire la promotion des bons coups.

Le CSSS a mis des bases extrêmement solides sur lesquelles va reposer la poursuite du développement du CISSS.

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 : Communication	
<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 un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients 12.4 · Soins et services à domicile 6.8 · Services de traitement du cancer et d'oncologie 7.6 · Services de médecine 7.6 · Services de soins intensifs 7.7 · Services de soins de longue durée 7.8 · Services palliatifs et services de fin de vie 7.9 · Soins ambulatoires 8.4 · Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 9.15 · Service des urgences 9.3 · Services d'obstétrique 9.6

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

Veuillez 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.

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

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

Le CSSS de Laval est un organisme en pleine transformation depuis la création du Centre intégré de santé et services sociaux de Laval. Tous les efforts sont mis pour que cette transformation soit efficace; le cadre de gestion du changement actuellement en vigueur est un gage de succès.

Le CSSS a développé son bureau de projet en soutien à tous ces changements et initiatives.

La planification et le suivi des objectifs du plan stratégique, avec une approche de type Lean Santé peuvent être considérés comme exemplaire autant au niveau de la méthodologie que de la rigueur mise pour les suivis. Les instruments de type tableaux de bord stratégiques et tactiques sont affichés dans la salle de pilotage de la direction générale.

Dans le but de recueillir de l'information, de faire des priorités et de consulter, l'organisme a mis en place un comité de prévoyance impliquant les gestionnaires, les médecins, les patients partenaires, les bénévoles et les syndicats. Ce comité permet d'avoir une bonne communication avec les individus impliqués directement par les priorités organisationnelles. Ce forum facilite le déploiement des différents changements, et est vu comme un moyen de démontrer les valeurs de respect, de bienveillance, de responsabilité et de prévoyance.

L'équipe de direction s'inscrit totalement dans sa vision : «A chaque instant, chaque jour, MEILLEURS ENSEMBLE».

3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

L'organisme a mis en place des politiques et des procédures permettant à la fois une saine planification budgétaire et des mécanismes de contrôle et de suivi budgétaire rigoureux. L'ensemble de ces mécanismes est décrit de façon explicite et il n'y a pas d'ambiguïté dans les responsabilités. Les directeurs et les cadres de premier niveau sont assistés dans les exercices de planification et de suivi budgétaire par des «répondants» ou de professionnels en comptabilité ou en analyse budgétaire. Les gestionnaires cliniques qui ont été rencontrés sont unanimes à dire que le service de comptabilité les assiste adéquatement dans cette responsabilité première de gestion. Ce même commentaire s'applique également pour le service de gestion des équipements et des besoins ou développements en immobilisation.

Des exercices de performance se sont tenus et des exercices Kaizen ont été réalisés dans des secteurs où des gains d'efficacité étaient identifiés. La culture de la performance et de la mesure semble bien installée. Les personnes rencontrées ont souligné la place importante et pertinente qu'a prise le bureau de projet.

Le courage de la direction des finances qui a pris l'initiative de demander un audit de juricomptabilité auprès d'une firme indépendante qui a démontré que les contrôles reliés à la gestion contractuelle étaient adéquats est digne de mention.

3.1.3 Processus prioritaire : Capital humain

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

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

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

Malgré le contexte de la création du CISSS, l'équipe de gestionnaires est très préoccupée par la mobilisation du personnel. Des plans de mobilisation ont été élaborés et la plupart d'entre eux sont en début d'implantation. Le CSSS vise la certification Entreprise en santé et la démarche est bien entamée. Les gestionnaires cliniques rencontrés sont appuyés autant dans le développement de leur compétence en matière de gestion des équipes de travail que dans le développement de stratégies pour le maintien d'un milieu de travail sain. Le déploiement de spécialistes «pivots» en ressources humaines est un des symboles qui vient cristalliser le souci d'accompagner les gestionnaires dans le changement.

Le CSSS de Laval est une organisation qui encourage le développement des compétences de ses employés. Le pourcentage investi en formation est supérieur à la proportion que nous retrouvons habituellement pour des établissements comparables.

La gestion de la présence au travail se fait par monitoring et actuellement un soutien et un suivi rigoureux est fait autant sous l'aspect contrôle que sur les aspects d'accompagnement du personnel présentant des problèmes situationnels de nature psychologique.

L'organisme a revu sa politique de prévention et intervention en matière de discrimination, harcèlement et violence en milieu de travail. Certains arrimages sont à faire pour que l'ensemble de la politique soit appliqué.

Le personnel d'encadrement a su au cours des dernières années mettre en place des stratégies de recrutement et de rétention du personnel, si bien que l'on ne parle pas actuellement de pénurie systémique. Il est à noter que dans les dernières années un travail important a été fait pour diminuer le recours à la main-d'œuvre indépendante en travaillant sur la consolidation des postes et l'équilibrage des horaires.

Selon les personnes rencontrées, les mots-clés qui distinguent le CSSS de Laval et qui contribuent par le fait même à l'image d'un établissement attrayant pour les travailleurs sont : accueillant, l'accompagnement dans la résolution des problématiques, la possibilité de faire carrière, le courage managérial et le dynamisme.

3.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

La gestion intégrée de la qualité n'est pas seulement un concept abstrait de l'amélioration continue de la qualité, mais de nombreuses activités et différents documents témoignent de l'intégration de l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. L'adhésion des différents directeurs à cette culture de sécurité est palpable dans le discours au quotidien et chaque niveau de personnel en est imprégné et le reflète dans les actions posées.

Les conseils professionnels, CMDP, CII et CM, travaillent en étroite collaboration interprofessionnelle et sont interpellés régulièrement pour des avis, pour des suivis de projets, pour des demandes de participation à différents projets. Ainsi, les membres de ces conseils se sentent dynamisés, importants et utiles pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services aux différentes clientèles. Selon les acteurs rencontrés, une gestion clinico-administrative réussie représente aussi un modèle de rôle important pour la collaboration interprofessionnelle. Ceci ne peut que mener à l'implication de tous dans l'atteinte des résultats et leur suivi.

Beaucoup de travail a été réalisé en regard de différents aspects de la sécurité des usagers notamment l'instauration d'un groupe de travail sur la qualité et la sécurité des soins à l'urgence, la formation du personnel sur de nombreux aspects liés à la sécurité et la qualité, le développement de nombreux outils en lien avec les programmes de chute, le registre de plaies et l'utilisation sécuritaire des contentions, la mise en application de l'approche adaptée à la personne âgée (APA) et les nombreux audits de qualité (14) débouchant sur des groupes de réflexion en suivi des résultats pour apporter les correctifs nécessaires aux divers processus. Le leadership de la direction des soins infirmiers en collaboration avec les différents programmes clientèles est à souligner.

La gestion intégrée de la qualité et de la gestion des risques est une assise importante du dossier de l'enseignement universitaire tout comme les nombreux stagiaires universitaires de diverses disciplines santé qui adoptent l'organisation comme leur milieu de stage privilégié.

De nombreux projets sont en cours ou en développement ce qui nécessite une vigilance très grande au niveau de la gestion des risques. Une implication de l'équipe dès le début de la planification de projets permet d'éviter des difficultés et d'assurer un milieu sécuritaire tout au long des travaux.

Quelques documents reliés à la sécurité et à la gestion des risques méritent d'être reconnus notamment l'aide-mémoire sur : Tout ce que vous devez savoir sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des usagers; le pamphlet pour les usagers - La sécurité : une responsabilité partagée; et le Code d'éthique qui comprend les droits des usagers et les comportements attendus pour les employés du CSSS.

Il existe aussi un plan de communication sur l'amélioration de la qualité qui provient de la direction des communications et qui est bien articulé en reprenant l'essentiel des messages à diffuser sur le sujet.

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

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

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

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

L'éthique est au centre des préoccupations de l'unité d'éthique clinique et de l'éthique à la recherche.

Au niveau de l'unité d'éthique clinique il y a 3 missions interreliées: la consultation, les activités de sensibilisation et d'éducation et l'éthique organisationnelle. La consultation au comité d'éthique clinique se fait de façon conviviale et il n'est pas nécessaire de remplir un formulaire. Les consultants sont des personnes de l'organisation intéressées à l'éthique, qui ont reçu une formation appropriée avec laquelle les compétences du bureau d'éthique travaillent pour la résolution de problématiques spécifiques; ces personnes sont libérées pour un certain nombre d'heures par mois. Le comité d'éthique a entre autres comme mandat de travailler à des avis qui ont un caractère plus systémique en lien avec un phénomène qui pourrait avoir un caractère récurrent. Les mots qui caractérisent cette équipe sont: soutien et accompagnement, facilitateur, accès, créativité et audace.

L'unité d'éthique pourrait devenir une référence et couvrir les dimensions suivantes: le service aux référents, l'académisme en regard de l'enseignement et de la recherche, le soutien aux autres établissements. Les membres de l'unité ont choisi comme vision de développer et de diffuser les meilleures pratiques et de développer une communauté de pratique dans le réseau de la santé et des services sociaux.

L'éthique de la recherche est également organisée pour maintenir de hauts standards d'éthique dans la gestion des projets de recherche. Le processus mis en place permet un encadrement éthique de haut niveau. Les personnes qui siègent au comité ont accès à de la formation. Les représentants du comité étaient assez fiers du «bel esprit d'indépendance» qui les caractérise.

De façon générale, il se dégage des discussions que la création du CISSS est un événement qui va permettre d'aller plus loin, de fédérer plus de gens, et ce pour le bien de la santé des Lavallois.

3.1.6 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	
11.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre, révisé et met à jour les politiques et les procédures pour soutenir la collecte, la saisie, l'utilisation, la déclaration et la consignation de l'information.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisation a mis en place des structures qui permettent de choisir et mettre en place des systèmes qui répondent aux besoins actuels et futurs de celle-ci. Notons, au sondage traitant des communications internes qui a permis une refonte des moyens et médiums utilisés, aux efforts d'harmonisation des méthodes d'affichage internes, la rédaction d'un « Code de conduite des utilisateurs, Actifs informationnels et confidentialité de l'information » et la gestion du portefeuille de projet des actifs informationnels pour ne nommer que ceux-là. Le déploiement du dossier clinique informatisé OACIS facilite l'accès aux informations pour les intervenants. Le dossier en CLSC fera l'objet d'un projet dans les prochaines semaines afin de faciliter l'accès à celui-ci. L'organisme est encouragé à réaliser ce projet qui facilitera grandement le travail des intervenants en CLSC.

Certains enjeux, bien connus de l'équipe de direction, font l'objet d'une attention particulière pour les prochaines années. La consolidation des infrastructures informationnelles ainsi que les plans de relève en cas de panne dans les secteurs critiques font objet de projet prévu. En ce qui concerne les communications internes, la fluidité de l'information au moment opportun, pour tous les membres de l'organisation, est une préoccupation de l'équipe. Avec la création du CISSS, le nombre de ressources étant limité, des outils pour encourager les gestionnaires de l'établissement dans les communications internes sont en cours de préparation.

L'organisation a une culture de travail en collaboration et en multidisciplinarité pour analyser, évaluer et prévenir la récurrence d'événements indésirables.

Quelques réalisations méritent d'être soulignées. Notons la gestion des risques d'atteinte à la réputation, la plus grande rigueur dans le traitement des ressources informationnelles et la conscience organisationnelle instaurée dans les impacts possibles en cas de violation de la confidentialité mobilise l'équipe de gestion.

3.1.7 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Les rencontres avec les gestionnaires et les visites sur les lieux ont démontré que l'environnement physique respecte les lois, les règlements et les codes. Pendant les périodes de construction et de rénovations, les règles appliquées respectent les normes de santé et de sécurité. Les différents systèmes d'appoints sont en place, vérifiés périodiquement selon une cédule; la plupart des systèmes sont appuyés par des technologies d'information.

De façon concrète, il a été observé que les déchets biomédicaux sont traités selon les normes, que la récupération des matières putrides est encadrée, que plusieurs contrôles de qualité sont mis en place pour assurer la sécurité. Des mécanismes de priorisation des demandes sont instaurés et les gestionnaires rencontrés ont le sens du service à la clientèle.

Dans les services alimentaires, la politique alimentaire est appliquée, les normes d'hygiène sont respectées rigoureusement, même dans les endroits où il y a des travaux de construction.

Un système d'entretien préventif bien rodé est appliqué. Certains processus spécialisés sont faits par une firme externe et un registre pour le suivi est disponible.

Il y a une grande préoccupation pour la protection de l'environnement. Par exemple, lors de la journée de l'arbre, 35 arbres seront plantés; un système de géothermie a été installé au Centre de cancérologie; un travail d'équipe s'exécute actuellement pour pouvoir récupérer les culottes d'incontinence.

Le personnel reçoit de la formation selon des programmes bien établis. La plupart du temps, les besoins de formation sont identifiés à la suite d'audits. Le SIMDUT est connu, appliqué et intégré entre autres lors de l'orientation des nouveaux employés en centre d'hébergement.

L'entretien des environnements de travail comme les ateliers, la chaufferie et salles électriques est impeccable.

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
14.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme met régulièrement à l'essai les plans d'intervention pour tous les dangers en vue de sinistres ou d'urgences de l'organisme en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité de répondre à ces situations.	

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

Le coordonnateur du bureau de la sécurité civile est en poste depuis un peu plus d'un an. Celui-ci a le souci, avec son équipe, de répondre aux plus hauts standards de sécurité. Il participe, mensuellement, au comité de direction où il fait le suivi des activités portant sur les plans et mesures d'urgence.

Une belle collaboration qui est ancrée avec les partenaires locaux quant aux mesures d'urgence est notée.

À ce jour, les exercices de code vert et rouge ont été mis à l'essai sur certains quarts de travail au site de l'Hôpital et en hébergement. L'organisme est encouragé à mettre en place les exercices de mise à l'essai pour tous les dangers en vue de sinistres ou d'urgence, et ce, de façon régulière, dans tous les sites et sur chaque quart de travail où il y a présence de clientèle.

La formation du personnel sur les plans et mesures d'urgence est en cours de réalisation. Un calendrier prévisionnel a été établi.

Le travail réalisé pour la capsule e-learning qui sera déployé prochainement dans l'organisation est à souligner. Cette capsule servira à la formation des membres de l'organisation sur les mesures d'urgence et les façons de les éviter.

Une politique relative à l'inscription de la clientèle vulnérable en cas de sinistre et de situation d'urgence a été adoptée en février 2015. Cette politique est accompagnée d'un guide à l'intention de l'intervenant. L'organisme est encouragé à continuer ses efforts pour la mise en application de celle-ci et à la faire connaître, selon les besoins.

Au site Ste-Dorothé, une lettre de félicitations du chef pompier a été remise aux membres du personnel pour faire suite à deux exercices d'incendie qui ont été réalisés en collaboration avec ceux-ci. L'excellence de l'exercice y a été soulignée.

3.1.9 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Sur le plan stratégique, le cheminement des patients est un dossier de haute priorité. Dans la salle de pilotage de la direction générale sont affichés tous les indicateurs nécessaires pour suivre le phénomène, de même que les grandes stratégies organisationnelles. La prise de décision quant au cheminement des patients est encadrée par une norme de gestion et supportée entre autres par deux comités : le comité stratégique des admissions et des séjours se réunissant une fois par semaine et le comité de gestion quotidienne des lits se réunissant chaque jour.

L'établissement s'est doté de mécanismes de coordination et l'implication de plusieurs personnes fait avancer les prises de décision pour éviter que les clients ne demeurent trop longtemps dans les lits de courte durée. Un coordonnateur médical de l'urgence et un coordonnateur médical à l'hospitalisation et l'implication de la plupart des acteurs pouvant prendre une décision ou activer la prise d'une décision constituent une pratique exemplaire à notre avis.

Certains mécanismes opérationnels, dont les fauteuils et les civières de débordement, ont permis d'augmenter le nombre d'admissions sur le quart de jour plutôt que sur le quart de soirée. Un exercice Kaizen s'est tenu pour apprécier à partir de l'admission les améliorations à apporter. Des affiches d'éducation pour les clients et les familles sont présentes aux portes des unités. Dans les moyens pan-CSSS, il est souligné l'exceptionnelle collaboration du programme SAPA dans la captation des clientèles à risque de long séjour, dans la fluidité des demandes en prévision d'un retour à domicile. Une initiative telle que le suivi systématique pour les prothèses totales du genou et les prothèses totales de la hanche mérite d'être soulignée. De plus que la règle d'or qui veut qu'aucune chirurgie ne soit annulée est clairement respectée.

Toute l'énergie et tous les efforts qui sont mis de l'avant sont à souligner et il est nettement ressenti qu'il s'agit d'une priorité organisationnelle, comme en témoigne l'unité hospitalisation brève.

3.1.10 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	
11.2 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie sont séparées des unités de soins.	!
11.3 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie comportent des aires de travail séparées pour le nettoyage et la décontamination, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le service de génie biomédical est un service fonctionnel, bien organisé avec du personnel compétent qui répond aux exigences de la fonction. Un système d'identification des équipements et de suivi des cédules d'entretien préventif et d'entretien curatif est en place et bien apprécié. Les documents relatifs aux suivis des équipements, des contrats et des entretiens tant préventifs que curatifs pour le service des laboratoires sont disponibles pour les intervenants-clés. Cependant, due à une implantation récente, les utilisateurs doivent se familiariser avec les accès.

Le service a des techniciens dédiés à la radio-oncologie et à l'hémodialyse et qui demeurent sur place dans ces services.

Les aires de travail sont encombrées et le manque d'espace de rangement est important. Avec l'arrivée d'une direction de la logistique, un plan de réaménagement des espaces disponibles pourrait être travaillé avec cette direction.

L'unité de retraitement et de stérilisation est conforme à l'ensemble des normes, les documents sont à jour, signés et disponibles. Le personnel est compétent et s'acquitte bien aux exigences de la tâche, la formation est importante et la chef de service et l'assistante sont des moteurs importants de l'excellence de ce secteur. Les évaluations au rendement sont faites et mises au dossier de l'employé tout comme les attestations de formation.

L'unité d'endoscopie n'est pas conforme aux normes, mais un PFT est déposé et la qualification et les appels d'offres sont imminents soit d'ici la fin septembre. Les appareils sont de dernières générations et le personnel est bien formé et répond aux exigences de la fonction.

Il faut particulièrement revoir, en plus de régler la contamination croisée, le circuit des patients vers les salles, car certaines côtoient de très près l'entreposage des solutions toxiques de trempage et de nettoyage des équipements, ce qui peut être dangereux pour la clientèle.

Le service d'imagerie médicale est autonome dans l'entretien de ses équipements, mais il travaille en collaboration avec l'unité de retraitement et de stérilisation pour appliquer les bonnes pratiques de nettoyage et l'utilisation des bons produits.

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 :

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 : Santé et bien-être de la population

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population

L'équipe rencontrée œuvre dans le programme famille-enfance-jeunesse. Les intervenants savent comment aller chercher l'information nécessaire pour documenter les besoins des populations. Leurs sources de données principales sont les banques de données de la santé publique, de l'Info-Centre et celles provenant des différents organismes communautaires. Comme exemple concret le développement de la Clinique jeunesse 14-25 ans dont les intervenants sont particulièrement fiers a été exploité. Cet exemple démontre également les capacités d'adaptation et d'ajustement en cours de processus. Les intervenants peuvent facilement cibler les forces et les ajustements nécessaires pour répondre aux besoins de ces communautés. La venue prochaine d'une infirmière-praticienne spécialisée dans l'équipe est perçue comme un fait très positif et aura un effet sur l'accessibilité aux services.

Les exemples donnés quant à l'autogestion des maladies chroniques sont en lien avec des problématiques en milieu scolaire et touchent les jeunes avec de l'asthme, des allergies et le diabète.

Le personnel utilise les données probantes principalement en lien avec les publications de la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires. La collaboration de ces directions est très appréciée.

Concernant l'offre de service spécialisée en pédopsychiatrie, l'équipe espère grandement que les mécanismes facilitant la fluidité dans les références avec la première ligne soient maintenus, malgré la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal Nord.

Travailler pour la santé des communautés dans un esprit de collaboration avec le milieu, constitue une fierté et un incontournable. La force des liens constitue l'élément-clé pour maintenir la santé des communautés lorsque l'on croit à l'égalité des chances.

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: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

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

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

Dons d'organes et de tissus

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

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

Interventions chirurgicales

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

Services de diagnostic - Imagerie

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

Services de diagnostic - Laboratoire

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

Services transfusionnels

- Services transfusionnels

3.3.1 Ensemble de normes : Gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
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 : Gestion des médicaments

Le département de pharmacie est dirigé par un chef de département assisté de deux adjoints et quatre coordonnateurs. Il y a 2 comités interdisciplinaires comprenant les soins infirmiers et la pharmacie qui couvrent les activités en soins de longue durée et en courte durée. Ces structures assument pleinement les responsabilités dévolues au comité interdisciplinaire. Le département de pharmacie est affilié à l'Université de Montréal et est accrédité actuellement pour 5 postes de stagiaires à la maîtrise en pharmacie.

Il existe un programme de gestion des antimicrobiens depuis 2012, supporté par un comité de gestion des antimicrobiens, qui a eu un impact sur l'utilisation efficace des antibiotiques. Une politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevée est en place de même que les mécanismes de mise à jour et de suivi. Cette dernière inclut également les doses élevées d'héparine et les électrolytes concentrés. Une liste des abréviations et de symboles à ne pas utiliser a été dressée et diffusée, et des audits de conformité ont été réalisés.

Certaines catégories de patients ont accès à l'automédication notamment en gériatrie et au Centre des naissances. Des mécanismes sont en place pour encadrer de façon sécuritaire le fonctionnement.

Les services de la pharmacie sont informatisés, à l'exception d'un prescripteur électronique qui fait partie des plans de développement des systèmes d'information de la pharmacie. Il n'existe donc pas de CPOE (Computerized Physician Order Entry) dans l'établissement.

Une récente visite du comité d'inspection de l'Ordre des pharmaciens du Québec a mis en évidence certains correctifs à apporter, lesquels ont été apportés à la satisfaction de l'Ordre notamment la peinture et la ventilation.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est implanté dans les services de chirurgie vasculaire, d'orthopédie et d'urologie. Le BCM est actuellement en implantation dans le service d'urgence.

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	
1.2 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD assure l'encadrement, la gestion et la supervision des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.2.	
1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
2.2 Celui qui effectue une ADBD a accès à une personne-ressource désignée. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.1 L'organisme offre à tous ceux qui effectuent une ADBD une orientation et une formation sur les procédures opératoires normalisées (PON).	
3.2 Celui qui effectue une ADBD reçoit de la formation continue et du perfectionnement. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15.	
3.3 L'organisme évalue chaque année le rendement de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.4 Dans le cadre de l'évaluation de son rendement, celui qui effectue une ADBD doit régulièrement fournir des preuves de ses compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement de celui qui effectue une ADBD.	
4.5 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD informe et s'assure que celui qui effectue une ADBD est formé avant qu'une nouvelle PON ou une PON révisée soit mise en oeuvre.	
5.1 L'organisme conserve un inventaire précis et à jour de tous les appareils d'ADB.	!
6.1 L'organisme conserve un inventaire précis et à jour des réactifs et du matériel servant aux ADBD.	!
6.4 L'organisme vérifie périodiquement que les réactifs utilisés pour les ADBD sont en bon état et non périmés. Référence la CSA : 22870:07, 5.3.2.	!

6.5	L'organisme retire sans tarder de l'inventaire les réactifs et le matériel d'ABBD inappropriés, périmés ou détériorés, ainsi que ceux qui ne correspondent pas aux critères de qualité et les met au rebut.	!
6.7	L'organisme entrepose les réactifs et le matériel servant aux ADBD dans des conditions ambiantes adéquates.	!
8.6	Celui qui effectue une ADBD applique des contrôles de la qualité spécifiques à chaque appareil. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.5.3, 5.5.4.	
10.3	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD communique les politiques d'amélioration de la qualité au professionnel de la santé qui effectue une ADBD et s'assure de leur bonne compréhension et de leur mise en application.	
10.6	Celui qui effectue une ADBD recueille et consigne les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.	!
10.7	Celui qui effectue une ADBD consigne les données sur le contrôle de qualité des ADBD dans un registre quotidien.	!
10.9	L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ABBD et obtenir de la conformité aux résultats obtenus. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.	
10.10	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD examine les données du contrôle de la qualité chaque mois et apportent des améliorations au besoin.	
10.11	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD cerne les sources potentielles de non-conformité ainsi que la source du problème, met en oeuvre et surveille les plans d'action pour empêcher, en temps opportun, qu'il y ait d'autres manques de conformité vis-à-vis des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.9.2, 4.10.3, 4.11.2, 4.11.3.	
10.13	L'organisme conserve les dossiers portant sur les résultats des contrôles de qualité et les cas de non-conformité des ADBD pendant au moins deux ans.	

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

Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

Les analyses de biologie délocalisées (ABBD) gagnent de plus en plus en popularité au fil des innovations technologiques et des efforts de miniaturisations des appareils. Les ADBD présentent l'avantage d'être rapides, sont réalisées au chevet du patient et permettent aux équipes de soins d'intervenir plus rapidement. Néanmoins, en dépit du fait que ces analyses sont réalisées à l'extérieur des murs du laboratoire, ce dernier doit s'assurer de mettre en place les cadres d'utilisations des ADBD permettant la prestation de services efficace et sécuritaire pour les usagers. Dans ce contexte, la norme vise justement à définir les rôles et responsabilités du personnel portant la responsabilité d'encadrer les ADBD.

En parcourant l'ensemble de la norme ADBD, plusieurs critères non rencontrés sont dus principalement, au fait qu'il existe encore des ADBD non encadrées au sein de l'établissement (CISS). Cet état de fait est constaté en dépit des efforts déployés, preuves à l'appui, de la part du comité interdisciplinaire des ADBD pour demander le retrait des analyses non encadrées. L'appui de la direction des services professionnels semble être excellent dans ce dossier. Il faut maintenant que le comité interdisciplinaire puisse tisser des liens avec les différents groupes de médecines et les unités de soins pour qu'ensemble ils trouvent des solutions favorisant l'encadrement de toutes les ADBD.

Par contre, en ce qui a trait aux ADBD qui sont actuellement encadrées, soit la glucométrie, la gazométrie, l'ACT kaolin et l'hémocue, elles sont faites de manière très rigoureuse et avec une démarche résolument tournée vers la qualité et dans le respect des normes. Les outils développés pour réaliser cet encadrement, les suivis, les formations et les indicateurs qualité permettent de croire qu'une démarche active est en place pour assurer la couverture de l'ensemble des autres ADBD actuellement non supervisées. Il suffit de boucler la boucle, car les éléments principaux sont déjà existants.

Sur les unités de soins, l'utilisation des ADBD est bien intégrée dans la pratique. Les appareils sont bien disposés et tous sont en bon état de fonctionnement. Les appareils défectueux sont rapidement retirés des unités de soins. Le personnel utilisateur des ADBD veille toujours à respecter la double identification de l'usager avant de procéder à l'analyse. Les résultats sont correctement consignés au dossier en identifiant qu'il s'agit d'un résultat provenant d'une ADBD.

L'équipe du laboratoire a mis en place une structure de gestion des ADBD. Les personnes responsables ont été désignées et sont à pied d'œuvre. Le chef du service de biochimie assure la responsabilité de l'offre des ADBD et de concert avec le comité interdisciplinaire dont la première réunion a eu lieu en juin 2015, encadre trois ADBD dans l'hôpital. Il y a également une coordonnatrice en ADBD qui assure la gestion du matériel et l'inventaire, la formation et le suivi quotidien des contrôles de qualité interne et externe.

Le mandat du comité interdisciplinaire est clairement défini dans les politiques de l'organisme. Ce comité a pour principale tâche de s'assurer de la mise en place et du suivi des normes ADBD, de réévaluer périodiquement la pratique au CISSS et d'arrimer cette évaluation en lien avec la gestion du programme d'amélioration continue de la qualité des ADBD, de suivre les indicateurs appropriés de qualité et d'apporter les modifications aux besoins et de rédiger un rapport annuel des activités relatives aux ADBD.

Plusieurs outils ont été développés et aident considérablement le comité interdisciplinaire à gérer efficacement les ADBD. Les audits ainsi que les rapports d'audits produits et les différents indicateurs qualité suivis sont excellents.

Les défis qui attendent les laboratoires concernant les ADBD seront nombreux, mais non insurmontables. Le comité interdisciplinaire devra porter une attention aux points suivants : de s'assurer d'être en mesure d'encadrer l'ensemble des analyses ADBD qui sont actuellement sans supervision. À ce chapitre, les tentatives de l'organisme visant à reprendre le contrôle des ADBD non encadrées sont notées, de rapatrier sous sa gouverne le comité de pertinence, afin de faciliter et éviter la duplication des efforts, de s'assurer de couvrir l'ensemble des ADBD par des programmes de contrôles externes reconnus, car cette démarche est en développement, de s'assurer de diffuser l'information auprès du personnel médical de l'existence du comité interdisciplinaire et de ses outils de formations, indicateurs qualité, etc. et de mobiliser les différents partenaires médicaux et de les conscientiser à l'effort à produire pour atteindre l'ensemble des critères la norme ADBD. Une façon de favoriser la mobilisation est de tenter d'impliquer les acteurs médicaux (utilisateurs) de manière permanente ou sur une base ad hoc au sein du comité interdisciplinaire.

En résumé, un réel effort de la part de l'organisme a été fait afin de rendre l'utilisation des ADBD à un niveau répondant aux normes de qualité attendu. L'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts pour étendre

l'utilisation des outils en place afin de les faire connaître de tous les utilisateurs ADBD. La poursuite des efforts de communication entrepris par les membres du comité interdisciplinaire est un gage de succès.

Toute l'équipe des ADBD est félicitée pour les efforts entrepris.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	
<p>9.15 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments*. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p> <p>*Un usager qui reçoit des soins ambulatoires risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments si les soins dispensés impliquent en grande partie la gestion des médicaments OU que ses médicaments courants sont reconnus pour leur risque de provoquer des événements indésirables (d'après la littérature et les données organisationnelles disponibles).</p> <p>9.15.1 L'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et il consigne cette information.</p> <p>9.15.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, l'organisme précise à quelle fréquence il faut répéter le bilan comparatif des médicaments et il consigne cette information.</p> <p>9.15.3 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille et le soignant (selon le cas) et le consigne par écrit au dossier de l'usager.</p> <p>9.15.4 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, l'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) à la liste actuelle de médicaments; elle décèle et consigne tout écart entre les deux sources d'information. Cela se fait à la fréquence établie par l'organisme dans sa documentation.</p> <p>9.15.5 L'équipe collabore avec l'usager pour résoudre tout écart entre les sources d'information OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.</p> <p>9.15.6 Quand les écarts sont réglés, l'équipe met la liste de médicaments à jour et la conserve dans le dossier de l'usager.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>

<p>9.15.7 L'équipe remet à l'usager 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'usager devrait prendre à la fin des services.</p>	<p>PRINCIPAL</p>
<p>16.5 Après le transfert d'un client, l'équipe dispose d'un processus pour évaluer régulièrement l'efficacité du transfert, et elle utilise les renseignements qui découlent de cette évaluation pour améliorer la planification des transferts.</p>	
<p>Processus prioritaire : Direction clinique</p> <p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
<p>Processus prioritaire : Compétences</p> <p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
<p>Processus prioritaire : Aide à la décision</p> <p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
<p>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</p>	
<p>22.10 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.</p>	
<p>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</p> <p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
<p>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</p>	
<p>Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</p> <p>L'équipe a le souci de créer une relation ouverte, transparente et respectueuse avec le client et sa famille. Une infirmière pivot est responsable d'accompagner le client et sa famille lors du continuum de soins. Celle-ci répond, en temps opportun, aux besoins des clients. L'équipe peut en être fière.</p> <p>Les clients rencontrés lors de la visite soulignent l'écoute, la disponibilité des ressources et l'accompagnement des membres de l'équipe dans les soins et services reçus. Tous se disent très satisfaits des soins et services offerts par l'équipe.</p> <p>Un pharmacien discute avec les clients et les encourage à poser des questions sur leur traitement. Les membres de l'équipe interdisciplinaire se rendent disponibles pour toutes questions en provenance des clients.</p>	

En suivi des commentaires reçus des clients, divers documents d'information ont été soit créés ou revus. À titre d'information, un registre des ressources communautaires et trois capsules vidéo d'information ont été rendus disponibles à la clientèle.

L'équipe ne communique pas avec le client, sa famille ou l'organisme vers lequel il a été acheminé pour évaluer les résultats du transfert. L'équipe devrait s'assurer que les besoins du client et de sa famille ont été comblés lors du transfert ou à la fin du traitement. En recueillant l'information auprès du client ou sa famille, l'équipe peut utiliser cette information pour apporter des améliorations sur les transferts.

Processus prioritaire : Direction clinique

Le plan d'action régional en oncologie 2015-2020 a été adopté. L'équipe est à l'amorce de sa mise en place. Le plan explique bien le contexte régional, analyse de l'offre de service et de soins et y prévoit les objectifs à atteindre. Plusieurs collaborateurs y ont contribué et des consultations ont contribué à sa réalisation. Le concept de patient partenaire est en implantation dans la direction. Un des objectifs est d'intégrer des clients partenaires à un plus grand nombre de comités. Des enjeux de l'équipe de direction des services de thérapie systémique contre le cancer sont de mettre en place sa structure adaptée aux suites à l'adoption du projet de loi 10 et mettre en place le plan d'action du programme régional de oncologie de Laval dans un tout nouveau contexte.

L'inauguration, en février 2012, du Centre intégré de oncologie de Laval (CICL) a permis une mise à jour des méthodes, des outils et des façons de travailler dans l'équipe. Tant les clients que les membres du personnel sont très fiers et apprécient les nouveaux locaux qui répondent tant aux besoins des clients que du personnel. Les lieux ont été pensés afin de diminuer le risque d'infection, de faciliter la circulation de la clientèle et de permettre une vue agréable aux clients. Un poste de lavage des mains a même été installé afin que tous les clients exécutent un lavage des mains avant de se rendre dans la salle d'attente du CICL. L'aménagement des lieux a été prévu pour rendre agréable chaque visite de la clientèle et sa famille. Le prix d'excellence de la Direction québécoise de oncologie 2013 a été attribué pour le continuum de soins au CICL.

L'équipe d'hémo-oncologie est complète. Par contre, le nombre et les besoins grandissants de la clientèle augmentent constamment. L'équipe a une préoccupation quant aux besoins médicaux.

À ce jour, une révision de processus de type Lean a été réalisée afin de diminuer les délais d'accès de la clientèle. Les résultats obtenus ont permis de diminuer les délais selon les attentes du Ministère de la Santé. Félicitations à tous les membres de l'équipe impliqués dans le projet. Les résultats sont affichés aux services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer.

Les heures supplémentaires et le recours à la main-d'oeuvre indépendante sont utilisés à leur minimum. L'équipe de direction a le souci de les maintenir à leur plus bas.

L'équipe du CICL peut compter sur l'aide de plusieurs bénévoles. Ceux-ci occupent une grande place dans l'offre de service et sont grandement appréciés par l'équipe.

L'équipe du CICL a accès à des services de diagnostic, aux résultats, aux services de consultation dont elle a besoin. En imagerie médicale, un processus de consultation en urgence a été mis en place afin que les résultats soient rendus disponibles dans les délais acceptables.

Processus prioritaire : Compétences

Les membres du personnel ont assisté à une formation sur le travail en interdisciplinarité en 2012. Avec l'arrivée de nouveaux membres du personnel, le plan de formation a été revu afin de répondre aux besoins des services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer. Un enjeu pour l'équipe est de développer l'expertise pour faire suite aux nombreux départs à la retraite dans le secteur.

Les membres de l'équipe se rencontrent régulièrement pour partager de divers sujets traitant de la sécurité et de la qualité. Ils sont unanimes, sur la pertinence de ces rencontres.

Le chef d'équipe évalue et documente régulièrement le rendement et les compétences des membres de l'équipe.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le CICL à un modèle unique d'intégration clinique et informationnelle Mosaïc a remporté le prix d'excellence de l'administration publique du Québec en 2013. Mosaïc est apprécié des intervenants. De plus, dans l'opération bons coups de l'AQUESS 2014, une reconnaissance a été remise pour souligner le système d'information spécialisé en oncologie.

Les membres du personnel disposent d'un processus de sélection des lignes directrices fondées sur les données probantes. L'arrivée des nouvelles pratiques est systématiquement partagée avec l'équipe et au besoin, l'application de celles-ci est facilitée.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe recueille des renseignements et des commentaires auprès des clients, des familles et du personnel et saisit toutes les opportunités d'amélioration soulevées et en fait une priorité si nécessaire.

L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, les résultats et les apprentissages au personnel de l'organisme seulement. L'organisme est invité à communiquer l'information des résultats et des apprentissages aux clients, aux familles, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes.

L'organisme offre à la clientèle des sessions de yoga et des périodes de massage en collaboration avec la fondation. Ces deux activités se voient très appréciées par la clientèle.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Tous les critères de ce processus sont respectés.

3.3.4 Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Prévention des infections	
<p>Le programme-cadre en prévention et contrôle des infections datant de 2013 vient d'être révisé, avec une emphase sur la prévention. Une politique organisationnelle dont la norme de pratique de gestion (NPG) sur la prévention vient d'être entérinée, précisant les champs d'intervention, les responsabilités et les procédures s'y rattachant.</p> <p>Des collaborations étroites sont établies avec le service d'hygiène et salubrité, l'équipe de santé et sécurité au travail, et le secteur des services techniques responsable des rénovations et des constructions. Certaines composantes de vétusté des installations ont été identifiées lors des audits sur la conformité des unités de soins en regard de la prévention et du contrôle des infections et des réparations appropriées pour les murs et le mobilier abîmés et non nettoyables, sont recommandées.</p> <p>L'équipe mérite des félicitations pour la mise en place d'une nouvelle approche dans la gestion du programme de vaccination à l'intention des employés et des mesures de protection additionnelle en période d'éclosion de l'influenza. Ce qui a généré un taux de vaccination de près de 60 % pour la dernière année, donc une amélioration de près de 80 %.</p> <p>Les professionnels en prévention des infections bénéficient d'outils et de systèmes d'information qui permettent de surveiller efficacement l'incidence des infections, leur répartition et leur prévalence. Un système de garde a été mis en place en prévention des infections et un état de situation est rédigé chaque vendredi à l'intention de l'équipe qui est de garde pour la fin de semaine. Le logiciel NOSOKOS acquis récemment est interfacé avec les laboratoires et devrait l'être éventuellement avec le logiciel OPÉRA de la salle d'opération.</p> <p>Des formations générales et ciblées ont été tenues régulièrement dans l'établissement sur le lavage des mains, le tout appuyé par un affichage accrocheur et des communiqués réguliers.</p> <p>Des audits réguliers sont tenus afin d'évaluer les taux de conformité au lavage des mains lors des 4 grandes étapes de prestation des soins. Les résultats montrent des améliorations notables, notamment dans les secteurs de soins aigus, mais les efforts doivent continuer d'être déployés pour atteindre des niveaux de conformité plus élevés. Une attention particulière doit être apportée au secteur de l'hébergement.</p> <p>Les objectifs d'amélioration continue de l'équipe de prévention des infections reposent sur le renouvellement de la formation et l'utilisation de moyens novateurs pour accroître le taux de conformité au lavage des mains, sur la surveillance spécifique comme les accès vasculaires, les infections urinaires et les sites opératoires et sur l'amélioration de la vétusté de l'environnement physique sur certaines unités de soins.</p>	

3.3.5 Ensemble de normes : Service 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

9.3	De concert avec l'utilisateur, la famille et le soignant (selon le cas), l'équipe entreprend l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'utilisateurs non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).	
9.3.1	L'équipe entreprend l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.	PRINCIPAL
9.3.2	L'organisme détermine les critères pour un groupe cible d'utilisateurs non admis qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments et consigne les raisons expliquant le choix de ces critères.	PRINCIPAL
9.3.3	Quand des ajustements sont apportés aux médicaments d'utilisateurs non admis du groupe cible, l'équipe produit le MSTP de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigne l'information.	PRINCIPAL
9.3.4	Pour les usagers non admis du groupe cible, l'équipe communique les changements apportés aux médicaments au prestataire de soins primaires.	PRINCIPAL
9.3.5	Pour les usagers non admis nécessitant un bilan comparatif des médicaments, 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 prend.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe a un très bon système pour diminuer le nombre de patients congestionnant le département. La nouvelle unité de débordement est maintenant ouverte, l'espace a été construit pour améliorer l'efficacité et apparaît très confortable pour les clients.

Processus prioritaire : Compétences

La collaboration de l'équipe multidisciplinaire est très forte et bien acceptée. Les consultations des autres services sont faites dans un temps raisonnable.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le processus de réorganisation pour inclusion et pour la participation des groupes de médecine familiale (GMF) a été implanté. Ceci semble excellent pour assurer un suivi continu.

Le département est bien aéré, semble plus vaste avec le concept de module ouvert. Ceci est excellent.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Il y a de nombreuses inscriptions notées au dossier.

Les dossiers sont disponibles à l'ensemble du personnel professionnel.

Les systèmes d'information sont fonctionnels, mais le personnel espère que les systèmes se parleront bientôt ce qui facilitera leur travail.

Les documents utilisés au niveau des programmes de soins sont développés pour l'ensemble des programmes clientèles et proviennent de lignes directrices et des meilleures pratiques.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La durée de séjour a diminué avec la réorganisation et la présence d'unité de débordement qui allège le fardeau de l'urgence. C'est un excellent concept pour aider au confort des patients et au triage des patients.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'éthique est respectée et les normes et les pratiques de gestion sont en place pour les procédures lors de décès et la gestion des rapports du coroner. Les médecins et les infirmières de l'équipe de transplantation sont impliqués dans le processus.

3.3.6 Ensemble de normes : Services d'aide à l'enfance

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	
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	
<p>L'équipe interdisciplinaire connaît bien les besoins de la population qu'elle dessert incluant la clientèle de pédopsychiatrie qui lui est référée par le Pavillon Albert-Prévost et qui demeure dans son territoire.</p> <p>Les services ont fait l'objet d'une révision apportée par la réorganisation des équipes de travail et les usagers suivis dans les différents services ont été redistribués aux professionnels.</p> <p>Chaque équipe se fixe des buts et des objectifs en lien avec les clientèles ciblées pour recevoir les services.</p> <p>Un guichet d'accès unique est en place qui reçoit, fait le triage et redistribue aux professionnels les usagers qui sont confiés aux services d'aide à l'enfance.</p> <p>Il n'y a aucun délai d'attente pour accéder aux services.</p> <p>Les professionnels discutent ensemble et avec leurs chefs de service afin de maintenir une distribution équitable de la charge de travail.</p>	
Processus prioritaire : Compétences	

L'équipe interdisciplinaire est complète et stable. Tous les professionnels ont un droit de pratique valide. De nombreuses activités de formation et de perfectionnement sont offertes et les professionnels répondent aux normes de leur ordre professionnel en matière de formation continue.

Tous les postes ont une description de fonctions à jour et, lors d'un départ, la fonction est réévaluée en fonction des nouveaux besoins et la description de fonctions remises à jour.

Tous les employés ont un document d'appréciation au rendement dans leur dossier qui est à jour. La culture de sécurité est omniprésente dans ce secteur compte tenu de l'âge et des problématiques des usagers et de leur famille. L'attention portée à la prévention du suicide et à l'évaluation du risque suicidaire est à souligner.

Les partenariats sont nombreux avec la communauté et l'interne et sont extrêmement précieux pour le suivi des clients

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le travail en équipe interdisciplinaire est une force des services d'aide à l'enfance tout comme les liens de partenariats qui sont développés avec les organismes communautaires et de la communauté.

Les équipes travaillent en partenariat avec différents services communautaires et autres afin d'assurer une réponse rapide à toute situation de crise.

De plus, si une crise survient, il existe un processus de débriefing afin de permettre aux professionnels impliqués de désamorcer, par eux-mêmes, les conséquences des situations.

Des pamphlets ont été développés pour faire connaître les services d'aide à l'enfance et pour diffuser la façon de les rejoindre.

Un travail important a été fait pour réduire les obstacles et les résultats sont au rendez-vous, car il n'y a pas de liste d'attente.

Une équipe de crises est en place et répond aux situations de crise.

La référence en première ligne assure un filet de sécurité intéressant lorsqu'il y a attente pour une évaluation en 2e ligne.

Il n'y a pas de refus de services. Cependant, après une analyse de la demande, l'intervenante au guichet d'accès fait la référence au bon service, dirige la personne et parle à l'intervenant à qui elle réfère au besoin.

Les équipes sont très sensibles à l'identification des risques ou des situations de violence et de négligence et font des rencontres avec les partenaires pour établir un plan de services et d'interventions.

Le programme d'évaluation du risque suicidaire est en place et est appliqué rigoureusement selon les situations cliniques.

L'implication des usagers et des familles à l'évaluation des situations et des discussions en regard des plans d'intervention est un acquis et une force de ces services.

Des temps de réévaluation sont discutés et établis avec les usagers et leurs familles en général 6 mois après la première évaluation ou l'évaluation est plus rapprochée si la situation change.

Les intervenants, selon les familles et les usagers rencontrés, développent des relations privilégiées avec ceux-ci dans le respect, l'écoute et la disponibilité.

Un programme sur le recours à la contention et à l'isolement à domicile a été développé par une ergothérapeute des services d'aide à l'enfance et un feuillet est remis aux familles au besoin.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les services d'aide à l'enfance sont bien organisés et déployés.

Le dossier usager est complet, à jour, daté et signé. Les plans d'intervention sont au dossier. Ils sont datés et signés par les intervenants, l'usager, la famille et le médecin dans plusieurs situations.

Les intervenants ont bien hâte d'avoir un système informatique fonctionnel qui met en lien les divers logiciels et donne accès au dossier patient électronique (DPE). De plus, la perception que l'arrivée de nouveaux joueurs interne tels la DPJ et le CRDI va accentuer la difficulté de communication inter-programmes et augmenter le travail manuel de dossier est à prendre en considération.

L'ensemble des intervenants utilise les meilleures pratiques dans leurs fonctions et est à l'affût des nouveautés en provenance de la recherche et des pratiques exemplaires.

De nombreux pamphlets ont été élaborés pour la clientèle notamment celui sur les informations de l'offre de services en ergothérapie de l'équipe DI-TED-DP et celui sur les mesures de remplacement et de contrôle découlant du programme d'utilisation des mesures de contentions en domicile élaboré par l'équipe DI-TED-DP.

L'équipe est très sensible à l'éthique de leurs interventions et travaille de pair avec l'usager et sa famille dans tous les aspects d'offre de services et d'interventions.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La culture de sécurité est très présente auprès des équipes des services d'aide à l'enfance et la vulnérabilité des usagers et des familles suivies augmente cette sensibilité.

Les intervenants travaillent beaucoup avec les usagers, familles, les organismes communautaires et ceux de la communauté particulièrement les écoles afin de dépister les situations à risques afin de les éviter et améliorer ainsi la qualité des services offerts.

La culture de la mesure se développe rapidement et les indicateurs d'amélioration de qualité qui ont été choisis sont suivis et des ajustements sont apportés dans la prestation de soins et services.

Des enquêtes de satisfaction de la clientèle sont réalisées et les résultats sont diffusés aux intervenants, aux organismes et à la clientèle.

3.3.7 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	
4.9 L'équipe sait comment s'y prendre pour cerner et déclarer les problèmes d'ordre environnemental liés à la température, à l'humidité et à la ventilation.	!
6.5 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement du client pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
11.14 Pour les examens interventionnels, l'équipe étiquette, manipule, transporte, consigne et entrepose les échantillons de manière sécuritaire et appropriée.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Le service diagnostique est un bon département qui génère une collaboration de tous les membres du service.

Le département continu à s'informatiser (PACS) donc il est plus facile de garder et sauvegarder à long terme l'information. Il y a un très bon soutien technique et bonne assurance de qualité.

Le TEP offre une bonne localisation avec des aires de patients et de test de haut de gamme. L'aire de test nucléaire doit être rénovée ou relocalisée de façon majeure; l'espace est trop restreint pour fonctionner adéquatement.

Le chef de radiologie a changé les heures de fonctionnement pour aider les listes d'attente, ce qui est excellent. Un système d'évaluation de discordance pour les rapports médicaux a été introduit, et améliore la qualité des rapports et des diagnostics, ceci est une très bonne initiative d'assurance de qualité.

Un nouveau système de stérilisation des sondes vaginales a été mis en place. Ceci représente une bonne initiative.

3.3.8 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

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

9.6	De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.	
9.6.2	L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
9.6.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
9.6.5	L'équipe remet à l'usager, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL

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

L'entretien préventif des équipements est effectué régulièrement et consigné dans un registre accessible aux gestionnaires pour les suivis.

Le nettoyage des équipements est effectué par les préposés formés en hygiène et salubrité.

Processus prioritaire : Compétences

Les programmes d'orientation du nouveau personnel ont été mis à jour et le personnel est évalué régulièrement sur la base d'un cycle de 2 ans.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les équipes des 3 modules notamment naissance, mère-enfant et néonatalogie font preuve d'un grand dynamisme et d'un engagement envers la clientèle. L'implantation du programme AMPRO en est à l'an 4 et le cheminement est en cours pour obtenir la désignation « d'Hôpital Ami des Bébé ». Une clinique GARE multidisciplinaire a été mise en place et un formulaire de triage téléphonique a été instauré pour assurer un meilleur suivi des appels téléphoniques pour les patientes qui sollicitent des informations au module des naissances.

Des initiatives comme l'approche peau à peau avec la mère et le nouveau-né lors de l'accouchement et même lors de césariennes, de même que le soulagement non pharmacologique de la douleur, méritent d'être soulignées et l'équipe du module naissance mérite des félicitations. Au niveau du module néonatalogie, le programme de soutien au développement mis en place pour les bébés prématurés mérite lui aussi des félicitations.

Le recours aux meilleures pratiques et le réajustement des soins et des services à la suite de l'analyse des événements sentinelles et des incidents/accidents, de même que les activités d'amélioration continue de la qualité font partie de la culture de ces équipes. Celles-ci assistent et suivent près de 4 300 accouchements par année.

L'implication de la mère, du père, et même d'un aidant naturel selon la situation, fait partie des valeurs qui sont privilégiées.

L'entente conclue avec la maison funéraire Magnus Poirier pour la disposition et l'inhumation des corps des bébés prématurés décédés mérite également une mention spéciale. Le personnel s'associe étroitement aux démarches requises et participe également à des activités commémoratives.

Le bilan comparatif des médicaments n'est pas implanté systématiquement.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le personnel des 3 services bénéficie de sessions de formation régulières en lien avec la mise à jour des pratiques, la prestation sécuritaire des soins et les objectifs d'amélioration continue de la qualité.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le recours à une double identification lors de la prestation des soins fait partie des pratiques courantes.

Les gestionnaires des modules suivent les indicateurs et les résultats en lien avec leurs activités et leurs objectifs d'amélioration continue.

3.3.9 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
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.	
6.3 Les compétences de l'équipe sont évaluées après l'orientation, et régulièrement par la suite.	
14.5 L'équipe tient un dossier complet et à jour pour l'ensemble des inspections, l'étalonnage, la maintenance et les réparations de l'équipement.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	

Les locaux des différents secteurs du laboratoire sont bien aménagés, propres et efficaces. Leur entretien se fait à la fois par le personnel technique pour le banc de travail et par le service de salubrité selon une fréquence connue. Le système de ventilation est adéquat et les mesures de températures et de ventilation se font à 2 endroits à l'intérieur des bouches d'aération; les fourchettes de tolérance ont été établies avec le laboratoire. L'organisme est quand même invité, compte tenu de la grandeur du laboratoire, d'installer des sondes dans chaque secteur.

La protection de tous les équipements sensibles est assurée par des unités d'alimentation individuelles sans interruption qui sont couplées à un circuit électrique protégé par une génératrice dont les tests se font tous les jeudis. Les dossiers des équipements sont bien tenus, mais parfois incomplets, car une partie des entretiens est conservée au service de génie biomédical, ce qui fait que le laboratoire ne sait pas exactement ce qui a été fait.

Le répertoire du laboratoire est complet et est facilement accessible par le site web général de l'organisme. Cependant, ce site contient également des protocoles de prélèvement de microbiologie parallèles à ceux du laboratoire. L'organisme est invité à s'assurer d'éliminer l'accès à ces doublons qui ne sont d'ailleurs pas inclus dans la gestion documentaire.

La gestion documentaire utilise le programme LbxWeb qui est bien structuré, mais toute l'équipe doit se l'approprier.

Le programme de formation continue devrait être mieux encadré en particulier en biochimie où l'on retrouve un taux d'adhésion de seulement 20% à l'Ordre professionnel.

Afin d'être rigoureux dans sa démarche de qualité, l'organisme a récemment mis sur pied douze comités qui doivent se rencontrer minimalement 2 à 3 fois par année. Parmi ces comités, mentionnons particulièrement le comité de la Santé et la sécurité, qui est très impliqué ainsi que le comité préanalytique qui permet d'arrimer les normes du laboratoire avec le fonctionnement infirmier. Tous ces comités sont alimentés par des résultats provenant de la compilation des non-conformités, de sondages et d'audits. Dans la plupart des

cas, des indicateurs qualité ont été mis en place. Ce programme est assez jeune et l'organisme est invité à inclure dans les sondages une évaluation des besoins de la clientèle du laboratoire comme les usagers, les soins infirmiers et les médecins

Les programmes de contrôles de qualité internes et externes touchent tous les activités de laboratoire et leur suivi est rigoureux.

La création d'un banc de travail dédié aux contrôles de qualité des réactifs et des milieux de culture tant commerciaux que locaux en microbiologie, ainsi que le programme de suivi en pathologie sont à souligner. Un rapport sur la qualité des activités du laboratoire est déposé par le chef du département au CMDP.

La visite de 3 centres de prélèvements montre un manque de confidentialité dans le cheminement des usagers. Au CLSC de Ste-Rose, les locaux sont encombrés et dans les 3 sites, l'accès à une civière est relativement éloigné étant donné que les chaises pour la phlébotomie ne permettent pas de rabattre le dossier en cas de choc vagal. Différentes clientèles sont priorisées et ciblées, mais parfois au détriment de la clientèle régulière. Des clients se sont plaints sur le temps d'attente et un délai d'attente de 2 heures a été validé au centre de prélèvement de l'hôpital. Cette perception a été confirmée par les commentaires obtenus auprès des médecins utilisateurs. L'organisme est invité à mettre en vue les formulaires de plaintes.

La rigueur de la démarche qualité de l'organisme et des efforts qui y sont investis depuis la dernière année, qui mettent le laboratoire en avance sur la plupart des autres organisations sont à souligner. L'équipe est invitée à continuer à mettre autant d'efforts pour le maintien de cette activité. La qualité des services de laboratoires est reconnue et appréciée par tous ses utilisateurs, mais selon les commentaires recueillis, le comité des utilisateurs devrait augmenter les voies de communication pour recueillir plus efficacement les préoccupations des utilisateurs surtout dans ces périodes de transition.

Toute l'équipe est félicitée pour son implication à tous les niveaux et pour offrir des services de si haute qualité dans un contexte de transformation.

3.3.10 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>7.6 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>7.6.2 L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.</p> <p>7.6.4 Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>7.6.5 L'équipe remet à l'usager, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>
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	
Chacune des 3 unités du service de médecine a complété la liste de ses activités à risques. Par la suite, les activités à risque élevé ont été intégrées aux objectifs de prestation sécuritaire des soins et d'amélioration continue de la qualité.	

Processus prioritaire : Compétences

Les membres du personnel participent régulièrement à des séances de formation sur les programmes transversaux tels les chutes, les plaies de pression, les opiacés, la gestion de la douleur, les contentions et la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse. D'autres formations spécifiques ont cours sur les techniques de soin, la sécurité, la prévention des infections, le rapport entre les quarts de travail et l'administration de certains médicaments.

Le personnel bénéficie d'une évaluation de son rendement sur un cycle de 2 ans.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le plan thérapeutique infirmier est présent dans chaque unité de médecine. À l'UCDG, il existe un plan de soins interdisciplinaire qui intègre les consignes et les résultats attendus des divers professionnels impliqués.

Certains patients sont autorisés à s'autoadministrer des médicaments, notamment certains diabétiques pour l'insuline et des patients de l'UCDG qui reprennent le contrôle de leur médication avant leur retour dans la communauté. Dans tous les cas, les médicaments sont conservés de la même façon et dans les mêmes endroits que pour les autres patients.

Le bilan comparatif des médicaments n'est pas encore complètement implanté sur les unités de médecine.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe de médecine comprend l'unité de cardiologie, l'unité de médecine interne et l'unité de courte durée gériatrique.

Les membres de l'équipe sont constamment à la recherche des meilleures pratiques et adaptent régulièrement leurs pratiques de soins et leurs modes de fonctionnement.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les unités de médecine ont identifié leurs activités à risque élevé et priorisé les actions à mettre en place.

L'équipe de l'UCDG mérite des félicitations pour le tableau de bord de suivi de ses objectifs et des actions d'amélioration continue de la qualité, accessible non seulement à l'ensemble de l'équipe, mais aussi aux patients et à leur famille avec des explications pour en assurer la compréhension de tous.

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

3.2	Des descriptions de poste définissent les rôles, les responsabilités et les champs d'activité des membres de l'équipe.	
-----	--	--

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

8.6	Le personnel et les prestataires de services ont accès au dossier du client en temps opportun.	
-----	--	--

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 programme Cible Santé a vu le jour en janvier 2015. Les quelques principes qui ont guidé la réalisation des travaux étaient l'interdisciplinarité, un modèle d'intervention souple et adaptée aux besoins des usagers, le soutien aux médecins de première ligne, des liens privilégiés avec la deuxième ligne et l'inclusion d'un volet évaluatif. L'équipe a le souci de documenter le programme et pour ce faire un partenariat universitaire a été réalisé. Le travail sur le continuum de soins de la clientèle en maladie chronique est préconisé.

En collaboration avec ses partenaires, l'équipe crée des services fondés sur les besoins de la communauté et coordonne les services tout au long du continuum de soins. Le souci de travailler en étroite collaboration est présent. D'ailleurs, un déménagement de l'équipe Cible Santé est prévu dans les prochains jours afin de faciliter la collaboration des équipes de première et de deuxième ligne.

Les objectifs de l'équipe sont clairs pour tout le personnel rencontré et sont : de faire connaître le programme Cible santé tout en développant le partenariat et la connaissance des programmes offerts aux partenaires de la communauté.

Étant donné que seuls les locaux du CISSS Laval sont utilisés, il est parfois difficile d'avoir accès aux locaux pour l'animation de groupe. L'utilisation de locaux des partenaires dans la communauté pourrait être une solution envisageable.

Processus prioritaire : Compétences

Un programme complet de formation est réalisé, tant pour les nouveaux membres de l'équipe que pour ceux y travaillant depuis un certain temps. Les concepts d'interdisciplinarité, d'entretien motivationnel individuel et de groupe sont à la base des services de santé communautaires. La formation et l'implantation traitant de l'entretien motivationnel de groupe sont en cours de préparation.

Le formulaire d'évaluation de la contribution des membres de l'équipe a été revu afin d'y inclure les compétences attendues. Cet ajout permet de répondre davantage aux besoins de l'équipe.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le travail en équipe est bien structuré. Le souci d'éviter le chevauchement du travail est présent et discuté au sein du groupe. L'approche patient partenaire est présente dans les services de santé communautaire. L'intégration de patient partenaire sera réalisée dans d'autres comités. L'équipe voit la nécessité de la participation des clients dans la création ou la révision d'outils et programme.

Il n'y a pas de délai d'attente pour accéder aux services de santé communautaires. Tous les mois, plusieurs groupes, ce qui facilite l'accès aux services.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'accès au dossier des clients est difficile pour les intervenants. Parfois, lorsque le dossier est rendu accessible, celui-ci ne possède pas l'information nécessaire, car le classement au dossier n'a pas été réalisé. L'organisation a prévu, dans les prochaines semaines, un projet pour faciliter l'accès au dossier.

L'équipe des services de santé communautaire a mis en place une structure d'examen de ces lignes directrices afin de s'assurer qu'elles sont à jour et conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires. L'équipe interdisciplinaire discute régulièrement des données probantes et de pratiques innovantes afin de convenir, si nécessaire, à leur mise en application.

Le programme Cible Santé fait l'objet d'une recherche universitaire. Il s'agit d'une grande fierté pour les membres de l'équipe. Tous travaillent activement à rendre le programme connu et reconnu.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Des processus ont été mis en place pour permettre de déceler et de réduire les risques encourus par les membres de l'équipe incluant des discussions dans les rencontres individuelles ou dans celles de groupe. Toutes situations à risque ou portant à confusion peuvent être discutées, à tout moment, avec l'équipe.

Les activités d'amélioration initiées par l'équipe sont bien structurées et le suivi des indicateurs est rigoureusement réalisé.

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	
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	
<p>L'approche centrée sur l'utilisateur et axée sur ses forces et les services et soins orientés vers le rétablissement sont au cœur des décisions de soins et services. L'équipe connaît bien ses clientèles et ajuste les services aux besoins.</p> <p>Les partenariats entre la 2e ligne, la 1re ligne, le centre de crise et les organismes communautaires, l'urgence sociale, et les autres organismes comme les organismes de dépendances, d'itinérance et d'implication locale de la région sont bien développés et assurent une bonne continuité de soins et de services pour les usagers. En plus, l'ensemble des partenaires se distribue le travail, les suivis de clientèles selon les critères de criticité afin de ne pas dupliquer les services.</p> <p>Les nombreuses fonctions de liaison à tous les niveaux forment un filet de sécurité important pour la clientèle.</p> <p>Les buts et objectifs poursuivis sont clairs et connus. Le développement d'une culture de la mesure est en évolution et le personnel aime voir les résultats concrets des interventions. L'équipe de gestion médicale et administrative est dynamique, imaginative et créative.</p>	

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe interdisciplinaire dont les médecins sont partie intégrante est présente, active et très mobilisée.

Toutes les fonctions ont été révisées et adaptées aux nouvelles réalités de fonctionnement. Chaque professionnel a une description de fonctions qui tient compte de son champ de pratique et des fonctions qui lui sont dévolues.

Les titres de compétences répondent aux exigences et l'ensemble du personnel professionnel est engagé dans la formation continue et de nombreuses formations ont été données notamment en approche motivationnelle. Le personnel a reçu la formation Omega ce qui l'aide à gérer les comportements agressifs et violents. De plus, l'ensemble des professionnels doit suivre des heures de formation continue, ce qui est respecté.

L'équipe est stable et compétente.

Le programme relié aux mesures de contentions et d'isolement est suivi de façon rigoureuse et les outils sont bien utilisés.

Le personnel a une évaluation au rendement à son dossier.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les unités d'hospitalisation répondent aux besoins des usagers et tiennent compte de la sécurité de la clientèle. Les postes de garde sont exigus et le personnel y est à l'étroit.

Le travail en équipe interdisciplinaire est un acquis et une force. La présence et la disponibilité des psychiatres aux équipes et à la clientèle sont à souligner. Les plans thérapeutiques infirmiers sont complétés, les plans d'intervention disciplinaire des travailleurs sociaux sont au dossier et un travail important est fait par le comité des meilleures pratiques pour assurer des plans d'intervention interdisciplinaire (PII) dans chacun des dossiers. L'implication de l'usager et de sa famille dans son plan d'intervention permet une adhésion aux soins et services qui sont proposés.

Il existe de nombreuses stratégies pour assurer l'accessibilité aux soins et aux services et les équipes interpellent les familles et les usagers pour y participer.

Les plans sont revus tous les 6 mois ou lors de changement dans la condition de l'usager qui sont à L, externe. Par contre, à l'inter, les plans sont revus hebdomadairement ou au besoin. Ceci permet ainsi de voir de façon objective l'atteinte des résultats prévus au plan.

L'approche sur les forces et la reconnaissance du potentiel enrichit le modèle de soins.

L'évaluation du risque suicidaire est rigoureuse ainsi que les suivis qui en découlent.

L'UTT répond comme centre de crise et travaille de concert avec de nombreux partenaires lorsque la personne en crise nécessite un encadrement hospitalier.

Des travaux importants ont été réalisés en regard du consentement éclairé et les consentements aux soins, aux services, aux plans d'intervention, etc. Les documents sont signés par l'usager et sa famille, le médecin et le professionnel qui en est responsable.

La sensibilité aux questions éthiques est grande et quelques situations cliniques ont été apportées au comité d'éthique pour discussions et éclairage.

À sa sortie de l'hospitalisation, un plan de transfert de l'utilisateur vers une autre ressource pour le suivi est élaboré et discuté en équipe interdisciplinaire interne et externe incluant l'utilisateur et sa famille.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Chaque usager a un dossier à jour. Les plans thérapeutiques infirmiers sont écrits, sont disponibles, sont mis à jour, datés et signés. Les plans d'intervention disciplinaire des travailleurs sociaux sont aussi disponibles au dossier, datés et signés. Cependant, les plans d'intervention interdisciplinaire (PII) sont en élaboration. Un comité des meilleures pratiques est en place et un de ses mandats est l'actualisation des PTI dans tous les dossiers des usagers.

Des ordinateurs sont disponibles afin que le personnel puisse consulter le dossier patient électronique (DPE). Le dossier clinique est papier et les notes utilisées dans la journée sont numérisées et acheminées au DPE. Le dossier OACIS est en développement, mais il n'est pas encore déployé au niveau souhaité.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La culture de sécurité est bien implantée dans ce service.

Les principaux indicateurs utilisés sont l'appel de l'utilisateur par son nom, la vérification du bracelet et la date de naissance.

La sécurité est très présente autant pour les usagers notamment les portes codées, l'accompagnement à l'extérieur que pour le personnel dont la disponibilité d'un bouton panique et le poste de garde avec accès contrôlé.

Le programme de prévention des chutes est utilisé pour la clientèle qui répond aux critères. Les outils utilisés dont l'évaluation du risque de chute et le suivi post-chute sont au dossier, lorsque pertinents.

Un pamphlet a été élaboré sur la promotion de la sécurité et la responsabilité des usagers et des familles et il est remis à chaque usager.

Les enquêtes de satisfaction de la clientèle sont réalisées en continu et les résultats sont présentés au personnel et des plans d'action en découlent dans un contexte d'amélioration continue de la qualité.

La culture de la mesure est à ses débuts, mais des progrès importants ont été réalisés et les suivis de résultats sont affichés et partagés. Selon le personnel, c'est motivant et cela aide à vouloir aller plus loin.

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

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

12.4	Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur (la personne), la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.	
12.4.1	L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.	PRINCIPAL
12.4.2	Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.	PRINCIPAL
12.4.3	L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.	PRINCIPAL
12.4.4	Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.	SECONDAIRE
12.4.5	L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.	PRINCIPAL

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

L'approche sur les forces et la reconnaissance du potentiel des clients, celle sur le rétablissement et le mieux-être sont utilisées, de même que l'approche axée sur solutions.

Les équipes connaissent bien leurs clientèles et leurs besoins. De plus, les enquêtes de satisfaction de la clientèle permettent de réajuster les services au besoin.

Il y a eu revue de l'utilisation des ressources et une réorganisation des équipes et de leur fonctionnement et les différents professionnels se sont réapproprié leurs nouveaux rôles et clientèles et la prestation de services répond aux attentes.

Beaucoup de travail de sensibilisation dans la communauté et à l'interne du CSSS est fait au niveau de la stigmatisation associée aux maladies mentales par l'ensemble des professionnels.

Les partenariats établis dans la communauté et auprès des autres services du CSSS de Laval sont une belle réalisation des différentes équipes de santé mentale et méritent d'être soulignés. La participation aux tables de concertation, les liens avec les divers organismes de la communauté, la participation à des activités de la communauté servent à transmettre les messages d'une meilleure intégration de la clientèle dans la communauté, au travail et dans la vie quotidienne. De plus, la participation des intervenants à des activités de la communauté, notamment les conférences, aide à tisser des liens et à solidifier les partenariats.

Processus prioritaire : Compétences

La diversité des professionnels dans les équipes est intéressante et apporte des visions élargies. Les équipes reçoivent de nombreux stagiaires de tous les cycles universitaires en santé. Tous les professionnels ont un droit de pratique valide et répondent à leurs normes et exigences de formation continue.

Les rôles et responsabilités de chacun sont bien définis et partagés aux équipes et à leurs partenaires communautaires. Les partenariats sont nombreux et bien fonctionnels. De plus, l'utilisation de pair aidant et de client partenaire dans les équipes est une innovation très intéressante qui donne des résultats positifs auprès des usagers en traitement et ceux qui offrent leur soutien à leurs pairs.

L'évaluation au rendement du personnel est réalisée annuellement et les évaluations sont au dossier de l'employé.

De nombreuses formations en santé mentale et en différentes approches ont été offertes dans les dernières années afin de rehausser le niveau de connaissances des employés. Toutes les formations sont consignées au dossier de l'employé.

Les discussions en regard de la charge de travail des usagers suivis sont ouvertes et les équipes se soutiennent et s'entraident.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les équipes de santé mentale communautaires et soutien offert aux familles sont dynamiques, impliquées et axées sur le service à la clientèle.

L'équipe interdisciplinaire est une force et est bien reconnue par la clientèle, car la satisfaction des usagers rencontrés est grande.

Tous les usagers et leurs familles sont intégrés à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire et ils le signent le document lorsque les actions proposées leur conviennent.

Les objectifs et résultats attendus sont travaillés par les intervenants, l'utilisateur et sa famille.

De nombreux travaux ont été faits pour assurer l'application des consentements éclairés et, dans les dossiers consultés, les consentements sont signés et datés.

Il y a une grande sensibilité et une ouverture de dépistage de situations qui pourraient devenir des situations à caractère éthique.

Les divers partenariats établis facilitent le processus de référence et la prise en charge de la clientèle.

De nombreux pamphlets ont été révisés en tenant compte du niveau de compréhension de la clientèle ce qui fait que les documents sont plus concis et reprennent les éléments prioritaires en utilisant moins de mots alors que ceux-ci sont plus simples. L'ensemble de l'organisation s'est mobilisé autour du programme d'évaluation du risque suicidaire et de suivi et son application est rigoureuse.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes rencontrées sont organisées et très rigoureuses. Les dossiers sont complets et à jour et rapidement disponibles aux intervenants. Les PTI sont complétés de même que tous les plans d'intervention interdisciplinaires (PII) ce qui permet un suivi d'équipe plus sûr en regard des clientèles vulnérables SIV, SIM, potentiel suicidaire, etc.

Le comité des meilleures pratiques propose et déploie les meilleures pratiques, les pratiques exemplaires et les lignes directrices auprès des professionnels.

Le suivi par le Centre d'excellence en santé mentale motive les professionnels et les encourage au rehaussement de leurs compétences.

La sensibilité aux questions éthiques est importante .

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'amélioration continue de la qualité et la culture de sécurité sont des éléments très importants dans la prestation de soins et de services dispensés par les équipes.

L'implication des usagers et des familles pour l'élaboration et pour l'application des divers plans d'intervention permet de mieux répondre aux besoins identifiés.

La participation au Centre d'excellence en santé mentale facilite les analyses comparatives et oriente les membres vers les meilleures pratiques.

La culture de la mesure est jeune, mais progresse à un excellent rythme. De plus, le suivi des résultats par l'ensemble des équipes est dynamisant pour celles-ci et les fait avancer.

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

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

7.8	De concert avec le résident, la famille ou l'aidant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments du résident aux points de transition des soins.	
7.8.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec le résident, la famille, les prestataires de soins et les aidants (selon le cas), et le consigne.	PRINCIPAL
7.8.2	L'équipe compare le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les ordonnances de médicaments rédigées à l'admission, et décèle, règle et consigne tout écart entre les sources d'information.	PRINCIPAL
7.8.3	L'équipe utilise les ordonnances établies à l'admission à l'aide du bilan comparatif des médicaments pour produire une liste de médicaments à jour qui est versée dans le dossier du résident.	PRINCIPAL

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

D'énormes efforts d'harmonisation ont été déployés à l'interne du CHSLD visité notamment en regard des espaces de rangement au niveau des unités, de l'organisation du dossier patient, de la réorganisation du travail avec la collaboration du personnel et à l'externe en utilisant tous les programmes de soins pertinents à la clientèle et les outils qui les accompagnent, ceux-ci ayant été élaborés pour l'ensemble du CSSS.

Le personnel d'encadrement est présent, dynamique, visible et bien accueilli sur les unités. Des témoignages de satisfaction à leur égard ont été partagés.

Le centre a été rénové. Les résidents ont une chambre individuelle et une toilette partagée par 2 résidents. Le service alimentaire est actuellement en rénovation et il n'y a pas de croisement de propre et de souillé. Les travaux se terminent incessamment.

Le service technique est présent, dévoué et très à l'écoute des besoins des résidents. La réponse aux besoins est rapide et le souci de la clientèle est à l'avant-plan des actions du service.

Les équipements de soins sont disponibles, et ce, en nombre suffisant.

Les locaux sont propres et bien rangés. Les substances dangereuses sont hors de vue et hors de portée des résidents. Les salles de bain sont propres et rangées. L'environnement physique est sécuritaire et les corridors sont libérés d'un côté.

Les unités reçoivent plusieurs stagiaires de différentes professions de la santé et comptent sur l'appui de plus de 140 bénévoles. Ceux-ci sont actifs, dynamiques et très créatifs.

Processus prioritaire : Compétences

Il y a une équipe interdisciplinaire formée et stable au CHSLD Ste-Dorothée. Il y a des rencontres prévues à l'arrivée de chaque résident afin d'élaborer le plan d'intervention (PI) pour celui-ci et au besoin par la suite ou annuellement selon la première occurrence.

Il y a un programme d'orientation qui vient d'être revu et qui permet, après un tronc commun, d'ajouter des formations en lien avec la clientèle qui recevra la personne.

La formation du personnel professionnel et non professionnel est fréquente et suit le PDRH déterminé en début d'année. Des formations s'ajoutent au besoin.

Les permis d'exercice sont validés et vérifiés en temps opportun.

Les rôles et responsabilités ont été révisés et une formation sur la réorganisation du travail a été déployée.

Un travail gigantesque a été élaboré et déployé en regard de l'approche à la personne âgée et les effets sont palpables sur le terrain autant dans le discours que dans l'action.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Des pamphlets et une trousse d'accueil ont été élaborés et sont remis aux résidents et à leur famille lors de la préadmission ou à leur arrivée.

La réorganisation du travail et la révision des tâches et des fonctions sont complétées et le personnel est, en général, content de ses nouveaux outils de travail.

Il y a eu, au sein de l'organisation, l'élaboration d'un programme de réduction de l'utilisation des contentions physiques.

Le programme est appliqué avec rigueur et le taux de mise sous contention a chuté de façon importante. Le personnel tant professionnel que non professionnel est très sensibilisé à sa responsabilité individuelle et collective dans l'application de ce programme et les résultats traduisent bien l'intégration de l'approche.

En plus du programme relié aux mesures de contention, il y a eu revue de l'utilisation d'autres mesures afin d'éviter l'utilisation de contentions notamment un matelas permettant aux résidents de se sentir en sécurité sans ridelles autour du lit.

De plus, un comité de travail interdisciplinaire sur les contentions chimiques est formé et commence ses travaux incessamment avec pour objectif de réduire l'utilisation de ce type de contentions.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Chaque résident en soins de longue durée et en unité prothétique a un dossier à jour, daté et signé.

Il y a de nombreuses inscriptions au dossier, car les médecins sont très présents sur les diverses unités.

Les dossiers de l'UTRF sont aussi datés, signés et disponibles aux divers professionnels. Les médecins sont présents auprès de cette clientèle.

Les dossiers sont disponibles à l'ensemble du personnel professionnel.

Les systèmes d'information sont fonctionnels, mais le personnel espère que les systèmes se parleront bientôt ce qui facilitera leur travail.

Les documents utilisés au niveau des programmes de soins sont développés pour l'ensemble des programmes clientèles et proviennent de lignes directrices et des meilleures pratiques.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe évalue régulièrement l'utilisation des ressources et les ajuste au besoin.

La culture de la sécurité et de l'amélioration de la qualité est vécue et discutée au quotidien, et ce, de la coordonnatrice de site, aux chefs de service au personnel professionnel et non professionnel.

Les programmes du CSSS sont en place et bien suivis.

Les indicateurs de résultats des sondages, des audits et des rapports pour les incidents, accidents et pour les événements sentinelles sont disponibles et présentés au personnel. Cependant, les données nécessaires pour remplir l'AH-223 se font encore à la main sur les unités alors qu'un outil informatique existe est à reconsidérer.

Des questionnaires de satisfaction de la clientèle sont utilisés et la présence d'un comité de résidents articulé et engagé permet des discussions intéressantes et productives sur la qualité et la sécurité.

3.3.15 Ensemble de normes : Services de soins intensifs

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>7.7 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>7.7.2 L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.</p> <p>7.7.4 Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>7.7.5 L'équipe remet à l'usager, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les buts et les objectifs du service des soins intensifs sont présents, de même que l'identification des situations à risque élevé et les objectifs d'amélioration continue de la qualité. L'équipe responsable est incitée à regrouper ses objectifs sous forme d'un tableau de bord afin de faciliter l'identification des indicateurs de mesure et le suivi des résultats attendus.

Processus prioritaire : Compétences

Le programme d'orientation du nouveau personnel a été revu afin de refléter l'évolution de la gamme des soins et services dispensés aux soins intensifs.

L'ensemble du personnel bénéficie d'une évaluation de son rendement sur un cycle de 2 ans.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Des critères d'admission et de sortie des soins intensifs sont en place. Avec l'ajout de 6 lits de soins intermédiaires dans une unité contiguë à l'unité des soins intensifs, l'équipe est appelée à réviser les critères spécifiques qui s'appliquent à ces 6 lits.

Le bilan comparatif des médicaments n'est pas systématisé pour l'admission, le transfert dans une autre unité ou au départ. Certaines parties sont réalisées, mais le processus n'est pas complet.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe médicale des soins intensifs fonctionne sous un mode mixte, fermé en médecine et ouvert en chirurgie.

L'équipe multidisciplinaire est orientée sur la sécurité des soins au patient et est à l'affût des meilleures pratiques. Le personnel bénéficie de séances de formation régulière, tant sur les sujets liés à la prestation des soins que sur les aspects de sécurité comme la prévention des infections, la prévention des plaies, les contentions, la prévention des chutes, l'utilisation des opiacés, la prophylaxie pour la thrombo-embolie veineuse, etc.

À l'instar des autres secteurs de l'hôpital, l'équipe est incitée à renforcer le lavage des mains chez tous les professionnels et membres du personnel et à systématiser le recours à un double identifiant pour la prestation des services.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les membres de l'équipe utilisent deux identificateurs avant la prestation des services. À la lumière des audits effectués sur le taux de recours à deux identificateurs, l'équipe est appelée à déployer des approches supplémentaires pour en assurer la systématisation.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'équipe des soins intensifs maintient des liens étroits avec Québec Transplant.

Une personne désignée s'assure de faire tous les liens nécessaires lorsqu'un donneur potentiel est identifié.

C'est néanmoins l'équipe clinique des soins intensifs, qui fait les liens avec les familles et qui les soutiens dans ce cheminement.

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	
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	
<p>7.6 De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>7.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.</p> <p>7.6.2 L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décide, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.</p> <p>7.6.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.</p> <p>7.6.4 Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>7.6.5 L'équipe remet à l'utilisateur, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>
<p>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.</p>	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

16.10 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le plan d'action régional en cancérologie 2015-2020 a été adopté. L'équipe est à l'amorce de sa mise en place. Le plan explique bien le contexte régional, analyse de l'offre de service et de soins et y prévoit les objectifs à atteindre. Plusieurs collaborateurs y ont contribué et des consultations ont permis sa réalisation. Le concept de patient partenaire est en implantation dans la direction. Une des préoccupations est l'intégration des clients partenaires à un plus grand nombre de comités. Des enjeux de l'équipe de direction des services de thérapie systémique contre le cancer sont de mettre en place sa structure adaptée à la suite de l'adoption du projet de loi 10 et de mettre en place le plan d'action du programme régional de cancérologie de Laval dans un tout nouveau contexte.

Les heures supplémentaires et le recours à la main-d'oeuvre indépendante sont utilisés à leur minimum. L'équipe de direction a le souci de les maintenir au plus bas taux.

L'équipe des services de traitement du cancer et d'oncologie peut compter sur l'aide de plusieurs bénévoles. Ceux-ci occupent une grande place dans l'offre de service et sont grandement appréciés tant par la clientèle que par l'équipe. Le service de massage est précieux, tant pour la clientèle que pour le personnel.

L'équipe des services de traitement du cancer et d'oncologie a accès à des services de diagnostic, aux résultats, aux services de consultation dont elle a besoin. En imagerie médicale, un processus de consultation en urgence a été mis en place afin que les résultats soient rendus disponibles dans les délais acceptables.

Processus prioritaire : Compétences

Les membres du personnel travaillent en interdisciplinarité. Les lieux sont exigus, mais les équipes trouvent le moyen de se rencontrer afin de répondre aux besoins de l'équipe et des clients. Des rencontres interdisciplinaires pour la clientèle oncologique sont prévues hebdomadairement.

En plus des rencontres de l'équipe interdisciplinaire, les membres de l'équipe se rencontrent régulièrement pour partager de divers sujets traitant de la sécurité et de la qualité. Finalement, des midis-conférences, des dîners-causeries et des conférences sont prévus pour tous les intervenants des services d'oncologie et traitement du cancer. Les intervenants apprécient tous les moyens utilisés pour répondre à leur soif de connaissance.

Le chef d'équipe évalue et documente régulièrement le rendement et les compétences des membres de l'équipe. Des activités de reconnaissances du personnel sont réalisées.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe reçoit de la clientèle hors secteur lorsque nécessaire. Bien que la clientèle ne soit pas exclusivement du service de traitement du cancer et d'oncologie, l'équipe a le souci de créer une relation ouverte, transparente et respectueuse avec le client et sa famille. À la demande de l'hémato-oncologue, la clientèle oncologique qui se retrouverait hors secteur sera transférée afin d'y obtenir les soins.

Les clients rencontrés lors de la visite soulignent l'écoute, la disponibilité des ressources et l'accompagnement des membres de l'équipe dans les soins et services reçus. Tous se disent très satisfaits des soins et services offerts par l'équipe. Chaque membre de l'équipe a le souci d'évaluer la santé physique et psychologique du client. Au besoin, les mesures nécessaires sont prises afin de rétablir la situation dans les plus brefs délais. Les préposés aux bénéficiaires ont le souci de garder mobile, autant que possible, la clientèle. Les principes de l'approche adaptée aux personnes âgées sont appliqués à la clientèle des services de traitement du cancer et d'oncologie même s'il ne s'agit pas exclusivement de personne âgée.

Depuis la dernière visite, une grille standard de gestion de la douleur a été mise en place.

L'équipe ne communique pas avec le client, sa famille ou l'organisme vers lequel il a été acheminé pour évaluer les résultats du transfert. L'équipe devrait s'assurer que les besoins du client et de sa famille ont été comblés lors du transfert ou à la fin du traitement. En recueillant l'information auprès du client ou sa famille, l'équipe pourrait l'utiliser pour améliorer les transferts.

L'équipe des soins ambulatoires a mis en place un processus de double vérification indépendante des pompes à perfusions avant l'administration de médicament. Les services du traitement du cancer et d'oncologie, bien que ce critère de la norme ambulatoire ne soit pas exigé à ce jour, a reconnu la pertinence de celle-ci et a procédé à sa mise en place. Cette initiative est à souligner.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le personnel et les prestataires ont accès au dossier du client en temps opportun. Les préposés aux bénéficiaires ainsi que les infirmières auxiliaires apprécient les outils de travail utilisés afin de leur permettre d'avoir l'information pertinente à la réalisation de leurs tâches. La collaboration de tout le personnel de l'unité à la réalisation des soins est à souligner.

Les membres du personnel disposent d'un processus de sélection des lignes directrices fondées sur les données probantes. Le partage des nouvelles pratiques est systématiquement et au besoin, l'application de celles-ci est facilitée.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe recueille des renseignements et des commentaires auprès des clients, des familles et du personnel et saisit toutes les opportunités d'amélioration soulevées et en fait une priorité si nécessaire.

L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages au personnel de l'organisme seulement. L'organisme est invité à communiquer l'information des résultats et des apprentissages aux clients, aux familles, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes.

3.3.17 Ensemble de normes : Services palliatifs et services de fin de vie

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	
<p>7.9 De concert avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>7.9.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'usager, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.</p> <p>7.9.2 L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décèle, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.</p> <p>7.9.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'usager.</p> <p>7.9.4 Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>7.9.5 L'équipe remet à l'usager, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>
11.6 L'équipe fait en sorte que le lieu où un service est offert favorise le bien-être du client et de sa famille.	
12.8 Après le transfert ou la cessation des services, l'équipe communique avec le client, la famille, les soignants naturels, l'organisme vers lequel le client a été acheminé ou le prestataire de services aux endeuillés pour évaluer si la transition ou la cessation des services s'est bien déroulée; elle utilise cette information pour améliorer l'efficacité à long terme de la planification des transferts et de la cessation 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

17.10 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le site Rose-de-Lima a été ouvert le premier avril 2015. L'objectif de cette ouverture d'unité de 18 lits était de répondre aux besoins de la clientèle. L'objectif a été atteint, car la liste d'attente est à son plus bas depuis. L'ouverture de ce nouveau site maintient toutefois l'entente avec la Maison des soins palliatifs de Laval qui a été renouvelée.

L'implantation de groupe de soutien pour les survivants est prévue bientôt afin de répondre à la nouvelle réalité de la clientèle. Dans ce groupe, la clientèle doit apprendre à vivre lorsqu'il y a une rémission de cancer.

L'équipe des soins palliatifs prend en considération la complexité des besoins du client et de sa famille et tente d'y répondre. Les clients et familles rencontrés se disent très satisfaits des soins et services offerts par l'équipe.

L'équipe des services de traitement soins palliatifs a accès à des services de diagnostic, aux résultats et aux services de consultation dont elle a besoin. En imagerie médicale, un processus de consultation en urgence a été mis en place afin que les résultats soient rendus disponibles dans les délais acceptables.

Processus prioritaire : Compétences

Les membres du personnel travaillent en interdisciplinarité. Les lieux sont exigus, mais les équipes trouvent le moyen de se rencontrer afin de répondre aux besoins de l'équipe et des clients. Des rencontres interdisciplinaires pour la clientèle palliative sont prévues hebdomadairement dans chacun des sites.

En plus des rencontres de l'équipe interdisciplinaire, les membres de l'équipe se rencontrent régulièrement pour partager sur divers sujets traitant de la sécurité et de la qualité. Finalement, des midis-conférences, des dîners-causeries et des conférences sont prévus pour tous les intervenants des services d'oncologie, des soins palliatifs et traitements du cancer. Les intervenants apprécient tous les moyens utilisés pour répondre à leur soif de connaissance.

Une équipe de bénévoles accompagne l'équipe des soins palliatifs dans ses activités. Un recrutement et une sélection de ceux-ci sont réalisés afin que les personnes adéquates accompagnent l'équipe, les familles et la clientèle.

Avant l'ouverture du site Rose-de-Lima, un plan de formation et d'intégration de la clientèle a été soigneusement préparé. Celui-ci a été adapté en cours de route afin de répondre en temps opportun aux besoins des intervenants. Le plan de formation est toujours en cours de réalisation. Des intervenants du site de l'hôpital ont été transférés au site Rose-de-Lima. Ceux-ci ont facilité le transfert de culture. Tout le personnel rencontré lors de la visite se dit satisfait du changement de mission sur l'unité. L'accompagnement de la direction y est soulevé.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe a le souci de créer une relation ouverte, transparente et respectueuse avec le client et sa famille. Tous les membres de l'équipe sont attentifs aux changements physiques et psychologiques de la clientèle. Au besoin, les mesures sont prises rapidement afin de rétablir la situation ou soulager la douleur. À tout moment, les membres de la famille peuvent être présents et collaborer aux soins et services s'ils le désirent. Un intervenant est à la disposition de la clientèle et des familles pour répondre aux besoins spirituels.

Au site Rose-de-Lima, il est mentionné que l'absence d'un pharmacien en soutien à l'équipe est remarquée. Selon le corps médical, les besoins de 18 clients se verraient davantage soulager par leur présence. Un processus de demande de médication en urgence a été mis en place afin de répondre adéquatement aux besoins des clients.

Plusieurs documents d'information sont à la disposition des familles. En temps opportun, un membre du personnel prend le temps de répondre à leurs questions.

L'équipe reconnaît l'importance de l'environnement physique et travaille depuis quelques années à offrir des lieux adéquats pour la clientèle des soins palliatifs de l'hôpital. Un projet d'élimination des chambres pour deux personnes et à quarte-personne a été déposé. Au site Rose-de-Lima, lors de la réalisation des travaux d'adaptation des lieux, un souci de rendre le service conforme aux meilleures pratiques a été appliqué.

Les clients et familles rencontrés lors de la visite soulignent l'écoute, la disponibilité des ressources et l'accompagnement des membres de l'équipe dans les soins et services reçus. Tous se disent très satisfaits des soins et services offerts par l'équipe. Chaque membre de l'équipe a le souci d'évaluer la santé physique et psychologique du client. Au besoin, les mesures nécessaires sont prises afin de rétablir la situation dans les plus brefs délais. Les principes de l'approche adaptée aux personnes âgées sont appliqués à la clientèle des services de soins palliatifs autant que possible.

Depuis la dernière visite, le consentement signé se retrouve au dossier des clients.

L'équipe ne communique pas avec le client, sa famille ou avec l'organisme vers lequel il a été acheminé pour évaluer les résultats du transfert. L'équipe devrait s'assurer que les besoins du client et de sa famille ont été comblés lors du transfert ou à la fin du traitement. En recueillant l'information auprès du client ou sa famille, l'équipe pourrait l'utiliser pour améliorer les transferts.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes des soins palliatifs tiennent un dossier à jour sur chaque client. Certains membres du personnel sont appelés à travailler dans deux sites. D'ici à l'utilisation du dossier client informatisé, il serait peut-être utile de valider la nécessité de rendre conforme le classement de l'information au dossier dans chacun des sites afin de les rendre uniformes.

Les membres du personnel disposent d'un processus de sélection des lignes directrices fondées sur les données probantes. Le partage des nouvelles pratiques est systématiquement et au besoin, l'application de celles-ci est facilitée. L'ouverture, au 1er avril 2015, du site Rose-de-Lima a permis de modifier certaines lignes directrices et d'adapter les protocoles aux meilleures pratiques à ce jour.

Tous les membres du personnel ont été inclus dans les décisions. De plus, des comités structurés ont vu le jour. Une nouvelle structure a été mise en place afin de répondre aux besoins des clients et des familles ainsi qu'aux besoins des intervenants.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe recueille des renseignements et des commentaires auprès des clients, des familles et du personnel et saisit toutes les opportunités d'amélioration soulevées et en fait une priorité si nécessaire.

La structure médicale des services de soins palliatifs permet une continuité dans les soins et services offerts aux clients. Tant les intervenants dont les clients soulignent la grande disponibilité médicale et la continuité des soins et services dans tout le cheminement du client, des soins externes à l'unité de soins palliatifs sont appréciés. Trois nouveaux médecins envisagent de rejoindre l'équipe déjà en place dès janvier 2016. Leur arrivée est grandement attendue afin de permettre à l'équipe en place de reprendre leur souffle. Un des enjeux de l'équipe médicale est la stabilisation de celle-ci. Des efforts sont pris en ce sens et des ressources sont attendues.

L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages au personnel. L'organisme est invité à communiquer l'information des résultats et des apprentissages aux clients, aux familles, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes.

3.3.18 Ensemble de normes : Services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services transfusionnels	
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.	
5.4 L'équipe suit un système de contrôle documentaire pour l'élaboration et la mise à jour des PON.	
8.4 L'équipe vérifie régulièrement la disponibilité d'un équipement de secours en bon état de fonctionnement pour l'équipement qui sert à entreposer les composants sanguins et les produits sanguins, et elle consigne ces renseignements.	!
21.4 L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.	!
21.5 Lorsqu'un usager est incapable de donner son consentement libre et éclairé, l'équipe a recours à une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur ou à des directives préalables, le cas échéant.	!

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

Processus prioritaire : Services transfusionnels

Bien que restreint, le secteur de la banque de sang est bien organisé, propre et efficace. Il est assez bien isolé du reste du laboratoire tout en restant accessible pour les utilisateurs de service. En plus des systèmes de surveillance autonome des équipements, l'organisme est en cours de déploiement d'un système d'alarme à distance qui a débuté par les équipements les plus critiques.

L'organisme a un comité de médecine transfusionnelle pleinement fonctionnel qui se réunit plusieurs fois par année. Ce comité suit plusieurs indicateurs statutaires comme le profil d'utilisation des produits sanguins, les niveaux de perte par péremption, et les incidents/accidents transfusionnels ainsi que ses propres indicateurs. On y étudie également les résultats des sondages et d'audits et on communique les améliorations requises à l'aide de communiqués et de formations ciblées. Un rapport annuel est fait et les conclusions à la démarche qualité sont communiquées à plusieurs paliers de l'organisation; CMDP, comité utilisateur, directions des soins, chefs d'unités et infirmières de formation. La chargée de sécurité transfusionnelle procède régulièrement à la cueillette des informations sur l'utilisation des services et complète les suivis des rapports d'incident et d'accident transfusionnel; ceux-ci sont rapidement complétés par l'hématologue responsable. L'organisme est cependant invité à inclure dans les sondages une section dans laquelle les utilisateurs pourraient exprimer leurs besoins

Il existe un système de gestion documentaire pour les techniciens de la banque de sang alors que les procédures de transfusions pour les soins infirmiers sont disponibles sur le site web de l'organisme.

Cependant, il existe une importante duplication quant aux protocoles de l'AQESS et autres protocoles locaux sans mention de date ou de responsable disponibles également sur le même site web. L'organisme est invité à exclure ces protocoles et intégrer ceux qui le méritent dans la gestion documentaire.

La politique du consentement éclairé n'est appliquée que partiellement et devrait être révisée pour inclure la notion de substitut en cas d'inhabilité du receveur à consentir à la transfusion

L'importance accordée aux formations sur la médecine transfusionnelle par l'organisme est à souligner; en plus des formations dans le format habituel, le site web contient des formations en ligne et on retrouve même pour les médecins une section qui leur est spécifique. Cependant, les formations reçues par les infirmières sont compilées sous forme de registre de présence, mais ne sont pas encore incorporées dans le dossier personnel. Cependant, un processus est en cours pour enregistrer ces formations dans le système de gestion des présences/paie avec le logiciel Logibec.

Toute l'équipe est félicitée pour son implication et un fonctionnement exemplaire.

3.3.19 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

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	
<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>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'usager, la famille et le soignant (selon le cas) et le consigne par écrit au dossier de l'usager.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>

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

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

Les cliniques spécialisées ont une bonne connaissance de leur clientèle. Les buts et objectifs poursuivis sont en lien avec les orientations de la planification stratégique.

Les partenariats entre la première ligne comme les GMF, les bureaux privés, les CLSC et les cliniques spécialisés sont bien établis et les évaluations de satisfaction sont positives.

Les diverses cliniques ont élaboré des plans d'action et en suivent l'évolution et l'atteinte des résultats.

Même si le CSSS de Laval n'est pas encore reconnu CHU, il reçoit plusieurs stagiaires universitaires et autres et compte de nombreux bénévoles.

Les cliniques spécialisées visitées reçoivent des stagiaires, mais les bénévoles sont peu présents sauf à certaines cliniques notamment en oncologie.

Processus prioritaire : Compétences

Les soins ambulatoires spécialisés fonctionnent à l'aide d'équipes interdisciplinaires chevronnées, compétentes et très orientées sur les besoins des usagers.

Chaque professionnel impliqué dans ces équipes fait partie de son ordre professionnel, les rôles, responsabilités et fonctions sont connus diffusés et ajustés au besoin.

Les évaluations au rendement sont remplies, datées et signées et gardées, pour certaines, dans le bureau du chef d'unité. La règle quant à la conservation des originaux des documents à la direction des ressources humaines versus le bureau du chef d'unité ne semble pas claire pour tous. De plus, l'arrivée de nouveaux gestionnaires mérite de revoir certaines règles de fonctionnement administratif.

Il y a des rencontres interdisciplinaires régulières notamment 3 fois par semaine pour le Centre d'expertise en diabète et c'est l'occasion de revoir les plans de traitement et d'intervention en fonction de l'évaluation des résultats des interventions.

La formation continue du personnel est importante pour l'organisation et les formations sont compilées annuellement pour chaque membre du personnel. Les plans de formation découlent du PDRH avec l'ajout de formation spécifique au besoin.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Il y a eu révision de l'organisation du travail et des rôles et fonctions. La plupart des cliniques spécialisées ont du personnel professionnel stable et expert et qui est bien reconnu par les usagers et les médecins.

L'accessibilité aux cliniques spécialisées est un objectif poursuivi intensément et la recherche de partenaires et de plan de contingence pour y répondre est omniprésente.

Des pamphlets relatifs au suivi des clientèles et des spécificités de leur maladie et de leur traitement sont régulièrement revus afin qu'ils soient conformes aux lignes directrices et aux meilleures pratiques mises en place. De plus, un programme de prévention et de gestion des maladies chroniques est offert.

Le rappel des usagers du service dans les 24 heures par l'infirmière spécialisée augmente l'accessibilité, diminue la consultation à l'urgence et améliore la qualité du service et la sécurité des usagers tout en étant reconnu comme un indice de satisfaction de la clientèle important.

L'intégration et le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire facilitent le recours au soutien.

Il y a une entrée rigoureuse des services offerts aux clients dans leur dossier.

Un formulaire de transfert a été développé et est utilisé.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les activités reliées aux soins ambulatoires spécialisés sont nombreuses et le personnel professionnel notamment infirmières, nutritionniste et kinésiologues est impliqué, dévoué, compétent et reconnu expert.

L'atteinte de l'excellence est une recherche constante des diverses équipes rencontrées.

L'utilisation des lignes directrices et de meilleures pratiques est à la base des différents programmes développés et est en application.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La gestion intégrée de la qualité et la gestion des risques sont une force de l'organisation et tous les processus qui y sont reliés sont implantés. Des mesures de résultats sont prises régulièrement et les outils utilisés sont disponibles dans les dossiers de clients lorsque pertinents.

3.3.20 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

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	
<p>6.8 Si les soins comportent une approche médicamenteuse (ou que le clinicien juge cette approche appropriée), et ce, de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'organisme produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur).</p> <p>6.8.1 L'organisme identifie quels types de clients ont besoin du bilan comparatif et consigne l'information.</p> <p>6.8.2 Au début des services, l'organisme produit le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas), et le consigne.</p> <p>6.8.3 L'organisme collabore avec l'utilisateur pour résoudre tout écart entre les médicaments OU en informe le prescripteur principal, et elle note les mesures prises pour régler les écarts.</p> <p>6.8.4 Quand les écarts sont réglés, l'organisme met la liste de médicaments à jour et la donne à l'utilisateur ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.</p> <p>6.8.5 L'organisme informe l'utilisateur et la famille de l'importance de montrer la liste complète des médicaments lors des rencontres avec les prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'utilisateur.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p> <p>PRINCIPAL</p>
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

De nombreux projets de type Lean ont été réalisés dans les équipes des soins et services à domicile. Les intervenants y voient l'impact positif tant sur leur travail que sur la qualité et l'accessibilité des soins et services aux clients. Les intervenants rencontrés qui ont collaboré, à divers projets d'amélioration, sont très fiers des résultats obtenus.

L'équipe des soins et services à domicile n'utilise pas, à ce jour, de service contractuel auprès d'autres prestataires. Il est dans ses objectifs de voir les possibilités au cours des prochaines années.

Plusieurs rencontres sont prévues pour tous les intervenants des soins et services à domicile. Un médecin très actif participe aux rencontres interdisciplinaires pour faciliter la coordination des soins aux clients. Au besoin, des protocoles sont rédigés ou mis à jour afin de répondre aux nouvelles réalités de la clientèle. La rédaction du guide de pratique de suivi interdisciplinaire de la démence et le guide de pratique en matière de soins de plaies sont à souligner. Félicitations !

Processus prioritaire : Compétences

Depuis la dernière visite d'Agrément Canada, la mise en place de procédures sur l'utilisation sécuritaire des équipements a été réalisée.

Un nombre important de formations est rendu disponible pour les intervenants des soins et services à domicile. Un processus d'autoformation et de formation par les pairs est en place. De plus, un manuel de formation à l'intention du personnel des soins et services à domicile a été rendu disponible en septembre 2014. Celui-ci explique bien les attentes envers chaque nouvel employé.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le guide de pratique en matière de soins de plaies est complet et précise bien les attentes envers les membres de l'équipe. Celui-ci est simple à comprendre et a fait l'objet de formation.

Le plan de soins se retrouve au dossier du client ainsi que les outils nécessaires.

Les membres de l'équipe collaborent avec le service des urgences afin de connaître les clients du soutien à domicile qui s'y retrouve. De plus, des processus ont été mis en place afin de diminuer la durée de séjour en hospitalisation tant chez la clientèle connue que non connue du soutien à domicile. Les processus, selon les indicateurs suivis, semblent porter ses fruits.

Des mécanismes sont en place pour répondre à des demandes de médications de façon urgente en dehors des heures normales de service.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le personnel a accès au dossier du client en temps opportun.

L'organisme dispose d'un processus de sélection des lignes directrices fondées sur les données probantes en soins et services à domicile. Les intervenants ont la chance de discuter de celle-ci et contribuent aux choix de ces dernières.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Plusieurs projets d'amélioration ont été réalisés dans les services de soins à domicile. Les projets des continuums proretour, le rapatriement, le psychosocial CSL-SAD et PTI-PTG pour les prothèses totales de genou et de hanche ont comme objectifs le retour rapide de la clientèle à domicile dans un milieu sécuritaire pour le client. De plus, un projet de hiérarchisation des professions dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources humaines a été réalisé. Tous ces projets impliquent la participation des intervenants dans le but d'améliorer les soins et services au client.

L'organisme connaît bien ces enjeux qui sont de trouver des pratiques innovantes pour répondre aux besoins grandissants de la clientèle tout en maintenant la qualité des soins et services, d'offrir un service à la clientèle non connue 24 heures sur 24 tous les jours de la semaine et de tisser davantage de liens avec les organismes communautaires du territoire.

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.

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

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

Au CSSS Laval, les interventions chirurgicales comprennent les activités de la préadmission, du bloc opératoire, de la chirurgie d'un jour, de la salle de réveil et des unités de soins. La coordination repose sur un tandem médico-clinico-administratif efficace qui adresse les défis et l'amélioration de la qualité en s'inspirant des meilleures pratiques et en axant les actions sur la sécurité des patients et du personnel.

Des rencontres régulières ont lieu avec le personnel, lequel bénéficie également de séances de formation adaptées aux techniques chirurgicales et à la sécurité, de même que sur la prévention des infections et la réanimation cardio-respiratoire.

Plusieurs objectifs d'amélioration de la qualité ont été réalisés depuis la dernière visite comme l'identification des situations et des activités à haut risque, l'aménagement d'une aire stérile, la réalisation d'un Kaizen sur l'entreposage de l'équipement mobile au bloc opératoire, la mise à jour des fiches signalétiques en SIMDUT, la révision des séquences de nettoyage et de décontamination pour les préposés oeuvrant à l'hygiène et à la salubrité, l'informatisation des notes infirmières et le suivi des recommandations de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). De plus, il y a eu un ajout de 2 salles d'opération, passant de 9 à 11 salles.

À la suite d'un événement sentinelle en lien avec un comportement violent survenu au bloc opératoire, un Code de civilité a été élaboré, partagé avec le personnel et les médecins, et est implanté. L'équipe mérite des félicitations pour cette démarche et pour les résultats obtenus.

Un audit a été réalisé sur l'identification des médicaments utilisés dans le champ stérile au bloc opératoire et sur la double identification. L'équipe est incitée à accentuer les mesures à mettre en place pour la systématisation du recours à la double identification lors de la prestation de services sur les unités de chirurgie. Un audit a aussi été réalisé sur la conformité de la liste de contrôle d'une intervention sécuritaire. L'équipe est incitée à s'assurer que les évaluations sont signées par les personnes identifiées sur la liste de contrôle.

Le personnel est évalué sur un cycle de 2 ans et les assistantes chaque année, avec des objectifs qui touchent notamment la prestation sécuritaire des soins.

Le dépistage des clientèles à risques se fait de façon systématique, que ce soit pour les chutes, les plaies de pression ou l'application d'un protocole de prophylaxie de thrombo-embolie veineuse.

L'équipe mérite des félicitations pour la mise en place du suivi systématique des prothèses de hanche, avec un séjour moyen de 3 jours, et pour le suivi systématique implanté en chirurgie vasculaire qui a réduit les séjours de 23 jours à 5 jours.

Le bilan comparatif des médicaments est implanté lors de l'admission, du transfert et du congé dans les services de chirurgie vasculaire, d'orthopédie et d'urologie.

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

4.1 Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : version des soins communautaires

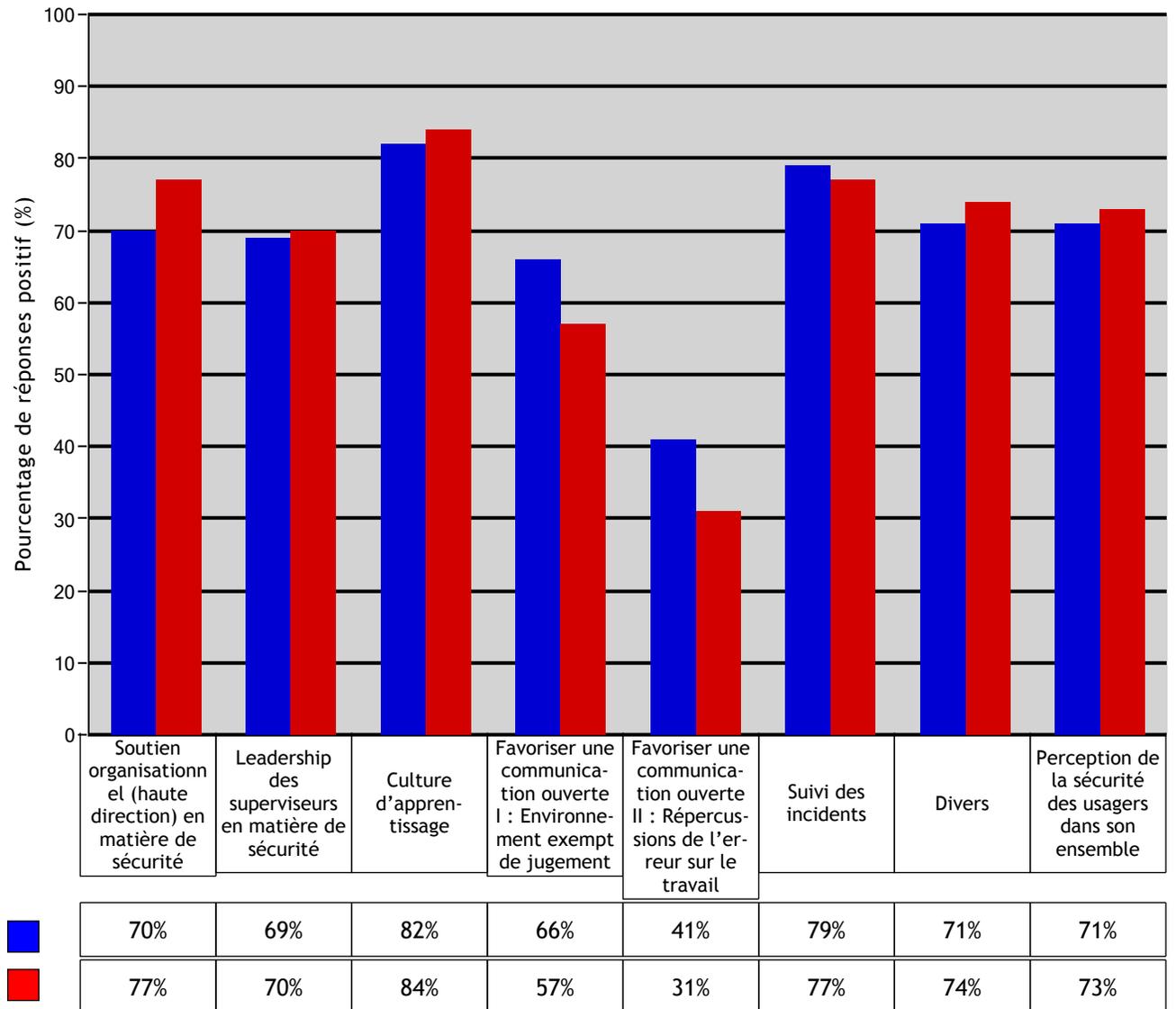
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- Période de collecte de données : 1 octobre 2014 au 31 octobre 2014
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 353
- Nombre de réponses : 1167

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



Légende

■ Centre de santé et de services sociaux de Laval

■ * Moyenne canadienne

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

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

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

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

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

Les effets 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. Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que la qualité du climat de travail est un facteur d'accroissement de la productivité.

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

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

Principaux résultats par indicateurs au sondage réalisé par le CSSS sur la mobilisation du personnel :

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

Code couleur	Indicateurs	Organization n = [NValue]			Autres établissements du Quebec n = [NValue]		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Réalisation	77,00	76,00	77,00	77,00	75,00	79,00
JAUNE	Implication	76,00	75,00	77,00	77,00	75,00	79,00
JAUNE	Collaboration	79,00	78,00	79,00	78,00	76,00	80,00
JAUNE	Soutien	70,00	69,00	71,00	70,00	66,00	73,00
JAUNE	Communication	69,00	68,00	69,00	68,00	65,00	71,00
JAUNE	Leadership organisationnel	62,00	61,00	63,00	61,00	58,00	65,00
JAUNE	Leadership du gestionnaire	76,00	75,00	76,00	75,00	72,00	77,00
JAUNE	Environnement de travail/sécurité	67,00	66,00	68,00	68,00	64,00	73,00

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

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

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

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

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

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

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

(2) Horowitz, J. (2000)

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

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

Principaux résultats par type de clientèle et par indicateurs au sondage réalisé par le CSSS sur la satisfaction de l'expérience client :

Clientèle hébergement :

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

Code couleur	Indicateurs	Organization n = [NValue]			Autres établissements du Quebec n = [NValue]		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
VERT	Relation avec le client	88,00	87,00	89,00	86,00	84,00	87,00
JAUNE	Prestation professionnelle	85,00	83,00	86,00	84,00	82,00	85,00
JAUNE	Organisation des services	85,00	83,00	86,00	83,00	81,00	85,00

Clientèle CH et CLSC :

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

Code couleur	Indicateurs	Organization n = [NValue]			Autres établissements du Quebec n = [NValue]		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
JAUNE	Relation avec le client	87,00	87,00	88,00	89,00	88,00	91,00
ROUGE	Prestation professionnelle	84,00	83,00	85,00	87,00	86,00	90,00
JAUNE	Organisation des services	80,00	79,00	81,00	84,00	80,00	85,00

Annexe A Processus prioritaires

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

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

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

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

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

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

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