

# PROGRAMME CONJOINT

Agrément Canada  
Conseil québécois d'agrément



## Rapport d'agrément

Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

Montréal, QC

*Dates de la visite : 18 au 23 septembre 2011*

*Date de production du rapport : 14 octobre 2011*

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



ACCREDITATION CANADA  
AGRÉMENT CANADA

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

Agréé par ISQua

## Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance (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 2011. 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.

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

## 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 clients, à la communauté et aux autres partenaires.

## 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 le Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance de sa participation au programme conjoint d'agrément. Celui-ci est conçu de manière à s'intégrer à votre processus d'amélioration continu de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de sa pleine valeur.

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

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

Nous vous remercions de maintenir votre partenariat avec Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Nous tenons également à souligner le leadership et l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons 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



Pierre Corriveau  
Président

## Table des matières

<b>1.0 Sommaire</b>	<b>1</b>
1.1 Décision relative au type d'agrément décerné	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 sections de normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	9
<b>2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>11</b>
<b>3.0 Résultats détaillés de la visite</b>	<b>13</b>
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	13
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	14
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	15
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	16
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	18
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	19
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	20
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	21
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	22
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	24
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	25
3.2.1 <i>Sections de normes : Normes de gestion des médicaments</i>	26
3.2.2 <i>Sections de normes : Prévention des infections</i>	28
3.2.3 <i>Sections de normes : Services de santé communautaire</i>	30
3.2.4 <i>Sections de normes : Services de soins de longue durée</i>	35
3.2.5 <i>Sections de normes : Soins ambulatoires</i>	38
3.2.6 <i>Sections de normes : Soins et services à domicile</i>	42
<b>4.0 Résultats qui découlent des mesures de rendement</b>	<b>46</b>
4.1 Outils et sondages	46
4.1.1 <i>Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance</i>	46
4.2.1 <i>Sondage sur la culture de sécurité des patients</i>	50
4.2 Résultats découlant des outils de sondages du Conseil québécois d'agrément	52
4.2.2 <i>Sondage sur la mobilisation du personnel</i>	52

5.0 Commentaires de l'organisme	54
Annexe A Processus prioritaires	55

## 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, une équipe de visiteurs, formés à cet effet et qui proviennent d'organismes agréés, mènent une visite dans le CSSS afin d'évaluer le rendement par rapport aux normes d'excellence et des éléments fondamentaux qui faisait partie de la démarche et de son caractère d'amélioration continue de la qualité.

Étant donné l'accent que le Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance (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 d'agrément 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 le Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses clients et à sa communauté.

### 1.1 Décision relative au type d'agrément décerné

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

#### TYPE D'AGRÉMENT DÉCERNÉ

Agrément avec condition

## Section 1 Sommaire

### 1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite : 18 au 23 septembre 2011**

- **Lieux**

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

- 1 1051 Saint-Hubert
- 2 1200 Papineau
- 3 155 Saint-Joseph Est (Centre administratif)
- 4 2187 Larivière
- 5 Centre d'hébergement Armand-Lavergne
- 6 Centre d'hébergement Bruchési
- 7 Centre d'hébergement du Centre-Ville-de-Montréal
- 8 Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or
- 9 Centre d'hébergement Jean-De La Lande
- 10 Clinique de médecine familiale Notre-Dame
- 11 CLSC des Faubourgs, Parthenais
- 12 CLSC des Faubourgs, Sanguinet
- 13 CLSC du Plateau-Mont-Royal
- 14 CLSC Saint-Louis-du-Parc, 15 Mont-Royal Ouest, bureau 100
- 15 CLSC Saint-Louis-du-Parc, 55 Mont-Royal, bureau 500

- **Normes**

Les sections de normes suivantes ont été utilisées pour évaluer les programmes et services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

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

- 1 Gouvernance durable
- 2 Efficacité organisationnelle

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

- 3 Normes de gestion des médicaments
- 4 Prévention des infections
- 5 Soins et services à domicile
- 6 Soins ambulatoires
- 7 Services de santé communautaire
- 8 Services de soins de longue durée

## Section 1      Sommaire

- **Mesures de rendement**

L'organisme a transmis des données relatives aux mesures de rendement qui suivent.

*Outils et sondages*

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance
- 2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

*Conseil québécois d'agrément*









- 1 Mobilisation

Section 1 Sommaire

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. Ce tableau énumère les dimensions de la qualité et illustre combien des critères qui se rapportent à chacune d'entre elles ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet pendant la visite d'agrément.

Dimension de la qualité	Conformité	Non-conformité	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	53	0	1	54
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	43	2	0	45
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	197	14	27	238
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	68	5	1	74
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	65	5	1	71
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	22	0	0	22
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	291	7	12	310
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	32	2	0	34
<b>Total</b>	<b>771</b>	<b>35</b>	<b>42</b>	<b>848</b>

## Section 1 Sommaire

### 1.4 Analyse selon les sections de normes

Les normes d'excellence du programme 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 contribuent à atteindre le but visé par la norme.

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 la direction, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de clientèles, de secteurs et de services bien précis. Les sections de normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des sections de normes qui ont servi à évaluer les programmes et 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 cotés sans objet.

Sections de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
<b>Normes relatives à l'ensemble de l'organisme</b>									
Gouvernance durable	22(96%)	1(4%)	0	65(97%)	2(3%)	1	87(97%)	3(3%)	1
Efficacité organisationnelle	53(93%)	4(7%)	0	44(92%)	4(8%)	1	97(92%)	8(8%)	1
<b>Normes sur l'excellence des services</b>									
Prévention des infections	45(98%)	1(2%)	11	39(98%)	1(3%)	6	84(98%)	2(2%)	17
Normes de gestion des médicaments	67(93%)	5(7%)	11	50(98%)	1(2%)	1	117(95%)	6(5%)	12
Services de santé communautaire	13(100%)	0(0%)	0	53(96%)	2(4%)	0	66(97%)	2(3%)	0
Services de soins de longue durée	37(95%)	2(5%)	0	76(94%)	5(6%)	1	113(94%)	7(6%)	1
Soins ambulatoires	39(98%)	1(3%)	5	72(97%)	2(3%)	2	111(97%)	3(3%)	7

## Section 1 Sommaire

Sections de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
<b>Normes sur l'excellence des services</b>									
Soins et services à domicile	45(92%)	4(8%)	0	51(100%)	0(0%)	3	96(96%)	4(4%)	3
<b>Total</b>	<b>321(95%)</b>	<b>18(5%)</b>	<b>27</b>	<b>450(96%)</b>	<b>17(4%)</b>	<b>15</b>	<b>771(96%)</b>	<b>35(4%)</b>	<b>42</b>

## Section 1 Sommaire

### 1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Dans le programme Qmentum, une pratique organisationnelle requise (POR) se définit comme étant une pratique essentielle qui doit être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des clients et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité, et il faut répondre aux exigences de tous les tests pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des POR et de la cote attribuée à chacune pendant la visite.

Pratique organisationnelle requise	Cote
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>	
Analyse prospective liée à la sécurité des patients	Conformité
Déclaration des événements indésirables	Conformité
Mécanisme de déclaration des événements indésirables	Conformité
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients	Conformité
Sécurité des patients sous forme de priorité stratégique	Conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
Abréviations dangereuses	Conformité
Bilan comparatif des médicaments à l'admission	Non-conformité
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé	Non-conformité
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle	Conformité
Deux identificateurs de client	Non-conformité
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés	Conformité
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité	Non-conformité
Transfert de l'information	Conformité

Section 1 Sommaire

Pratique organisationnelle requise	Cote
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
Concentrations de médicaments	Conformité
Électrolytes concentrés	Conformité
Formation sur les pompes à perfusion	Non-conformité
Sécurité liée à l'héparine	Conformité
Sécurité liée aux narcotiques	Conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
Plan de sécurité des patients	Conformité
Prévention de la violence en milieu de travail	Non-conformité
Programme d'entretien préventif	Conformité
Sécurité des patients : formation et perfectionnement	Conformité
Sécurité des patients : rôles et responsabilités	Conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>	
Directives sur la prévention des infections	Conformité
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	Conformité
Taux d'infection	Conformité
Vaccin antigrippal	Conformité
Vaccin antipneumococcique	Conformité
Vérification de l'hygiène des mains	Conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes</b>	
Stratégie de prévention des chutes	Conformité
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	Conformité
Prévention des plaies de pression	Conformité

## Section 1 Sommaire

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

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

Le CSSS de Jeanne-Mance offre des services à une population d'environ 140,000 personnes. Le centre a une désignation de centre affilié universitaire avec mission enseignement et recherche (sur l'inégalité sociale et les discriminations). L'établissement regroupe les CLSC Faubourgs, Plateau-Mont-Royal et St-Louis-du-Parc. L'organisme comprend aussi le regroupement des centres d'hébergement Bruchési, Armand-Lavergne, Manoir-de-l'Âge-d'or, Centre-Ville-de Montréal, Émilie-Gamelin, Ernest-Routhier et Jean-de-la-Lande.

Le territoire présente des disparités de situations socio-économiques importantes en plein cœur de Montréal. Conséquemment, nous y retrouvons un portrait de besoins de santé et sociaux diversifié couplé à une mixité sociale. Tout ceci explique le développement de plusieurs groupes communautaires (250 groupes communautaires) et le besoin de partenariat dans l'offre de services.

L'établissement a fait au cours de la dernière année un redressement budgétaire (en un an avec l'équilibre cette année) de près de huit millions (budget près de 170 M). Les impacts associés à ce changement important ont été bien gérés. Le conseil, l'équipe de direction, les cadres, les employés, les bénévoles et les clients se sont organisés de façon un peu exceptionnelle pour faire de cette difficulté un défi qu'ils ont su relever. Les décisions ont été prises en tenant compte des besoins de services de la population.

Le conseil d'administration a défini ses rôles et ses responsabilités et ceux de la direction générale. Des comités du conseil sont en fonctions pour s'assurer de la vérification financière par le comité de vérification et de la qualité sécurité par le comité de la vigilance. Le conseil assure la surveillance des mesures de sécurité des clients et du personnel (taux d'infections, chutes, accidents, plaintes). Les nouveaux membres de conseil reçoivent la formation appropriée. Les membres du conseil d'administration procèdent à l'évaluation de leurs fonctionnements. Le conseil d'administration prend ses décisions en s'appuyant sur des données probantes. Une planification stratégique 2012-2015 est en élaboration.

Le projet « Quartiers à la loupe » permettant à l'établissement de connaître plus précisément sa clientèle dans son territoire est à souligner. Les partenaires soulignent la qualité des liens avec l'organisme et la collaboration dans plusieurs dossiers. Par exemple, un projet élaboré avec l'aide du service de la police a permis de développer un dépliant sur la conduite de fauteuil roulant dans la rue. Plusieurs partenariats tant avec des établissements du réseau de la santé et de l'éducation qu'avec des organismes locaux comme; la Fondation Jacques Bouchard, Baluchon Alzheimer, etc., permet à l'établissement de répondre aux besoins de la clientèle.

Une culture de qualité, de sécurité et de mesure est présente au sein de l'organisme. Une démarche structurée et des analyses sont effectuées afin de valider les cibles à l'aide de tableaux de bord.

La communication dans l'établissement est assurée par un journal et divers autres moyens, dont l'intranet. Toutefois, un sondage démontre que les employés privilégient à 56 % une communication provenant d'une rencontre verbale avec leur chef. Des moyens sont encore à trouver afin d'améliorer la circulation verticale de l'information. Le centre diffuse beaucoup d'information qui peut être disponible pour le personnel. Les défis sont de savoir si l'information est lue, si les personnes concernées sont rejointes et si l'information correspond aux besoins des utilisateurs. La communication avec les usagers est aussi un volet qui bénéficierait d'une attention particulière notamment, pour les regroupements d'usagers autant en hébergement qu'en externe.

## Section 1 Sommaire

Certains documents ne sont pas datés, n'ont pas d'identification de provenance ou datent de plus de 3 ans. Un suivi est à poursuivre afin de raffiner cet aspect.

L'organisation est en constante révision de ses processus. Elle est en recherche visant l'efficacité et l'efficacités afin que le service se donne à la bonne personne au meilleur coût et de la meilleure qualité. Ultimement, cette approche permet d'augmenter l'accessibilité et la qualité du service.

Il a été mentionné par plusieurs employés que l'administration les ait soutenus lors de difficultés professionnelles ou personnelles. D'ailleurs, lorsqu'une personne présente des difficultés de communication avec ses collègues, l'établissement lui offre des rencontres de soutien avec une ressource appropriée.

Un autre défi pour l'établissement est de poursuivre ses démarches pour diminuer l'utilisation du personnel d'agences pour dispenser des soins, sachant que le personnel régulier favorise une certaine continuité et la qualité.

Le PDRH n'est plus actif se terminant en 2010, l'équipe est encouragée à faire son actualisation rapidement.

La bonne attitude du personnel envers les clients est à souligner. Les employés sont dédiés et dévoués. Le modèle « la clé des champs » est un exemple qui devrait être adapté à d'autres services.

Le bilan comparatif des médicaments est implanté dans certains services dont l'URFI et la plupart des CHSLD. Des audits sont effectués, cependant les suivis gagneraient à être simplifiés pour les rendre accessibles aux employés ou aux personnes intéressées. La réorganisation du service de pharmacie dans de nouveaux locaux permettra d'optimiser la mise en application du circuit des médicaments.

Le redressement budgétaire n'est pas sans avoir causé des remous chez le personnel, mais aussi particulièrement pour la clientèle. Ces derniers et leurs représentants ont souligné certains impacts vécus. Même si l'établissement a fait des efforts pour minimiser les inconvénients, il n'en demeure pas moins qu'un malaise est encore perceptible et devrait faire l'objet d'une communication bilatérale plus ciblée et plus organisée avec les clients et les familles.

Ainsi, il est souhaitable de favoriser une communication directe avec les clients et les familles ce qui faciliterait le changement. Par exemple, la décision de ne plus fournir la pâte dentifrice a porté une réaction vive. Après avoir donné l'information, ce changement a été mieux accepté.

Enfin, l'utilisation des bénévoles pourrait être plus présente en les intégrant mieux dans l'organisation.

## Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

Cette section fournit plus d'information au sujet des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité. On y illustre les buts liés à la sécurité des patients sous lesquels sont regroupées les POR, les exigences entourant les POR, et les sections de normes où elles se trouvent.

Les buts en matière de sécurité des patients sont les suivants : culture de sécurité, communication, utilisation des médicaments, milieu de travail et effectifs, prévention des infections, et évaluation des risques.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Sections de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité</b> L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de soins de longue durée 16.4</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments à l'admission</b> L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client au début des services de concert avec le client et la famille ou le soignant quand la gestion des médicaments fait partie des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins et services à domicile 6.7</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé</b> L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins et services à domicile 11.2</li> </ul>
<p><b>Deux identificateurs de client</b> L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins et services à domicile 9.6</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<p><b>Formation sur les pompes à perfusion</b> Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace à l'intention des prestataires de services au sujet de toutes les pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services de soins de longue durée 4.5</li> <li>Soins et services à domicile 4.6</li> </ul>

## Section 2 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Sections de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<b>Prévention de la violence en milieu de travail</b> L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Efficacité organisationnelle 8.5</li> </ul>

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

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 de plusieurs sections de normes qui touchent chacune à divers aspects du cheminement des clients, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les patients sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou le service.

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

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

Se reporter à l'annexe A pour une liste des processus prioritaires.

**Interprétation des tableaux :** Les tableaux font état de tous les critères où il n'y a pas conformité dans chacune des sections de normes, précisent lesquels ont un niveau de priorité élevé, et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire. Les critères à priorité élevée sont identifiés au moyen des symboles suivants :



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

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


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

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

**Section 3 Résultats détaillés de la visite**

**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 de la communauté et de la population desservies.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Sections de normes : Efficacité organisationnelle</b>	
5.3 Les dirigeants de l'organisme élaborent et mettent en oeuvre un cadre conceptuel en matière d'éthique qui est adopté par le conseil d'administration, s'il y a lieu.	

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

La mission et la planification stratégique sont bien identifiées. L'élaboration de la vision et des objectifs stratégiques relève d'un processus structuré qui tient compte autant des partenaires internes que ceux de l'externe. Une évaluation annuelle des orientations permet les mises à jour appropriées. Le plan stratégique est communiqué aux prestataires de services, et aux organismes partenaires. La mission, la vision et les orientations stratégiques de l'organisme se reflètent en général sur le plan de l'opérationnel et sur le terrain et font l'objet d'un suivi à l'aide d'outils de mesures et de tableaux de bord.

La gestion du changement est suivie par un processus structuré. D'ailleurs, nous avons constaté une culture de mesure privilégiant l'efficacité et l'efficience en fonction d'une gestion responsable.

L'organisme démontre une bonne connaissance des besoins de leurs populations. L'établissement est à l'origine de plusieurs projets innovateurs dont certains ont été reconnus par des prix.

Les défis qui attendent l'organisme sont de poursuivre la gestion de leur amélioration continue. De plus, l'intégration de leurs plans stratégique, d'agrément, d'amélioration de la qualité, etc. leur permettra de simplifier et de partager le tout avec le personnel.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.1.2 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Sections de normes : Efficacité organisationnelle</b>	
9.4 Les dirigeants de l'organisme évaluent régulièrement les répercussions des décisions concernant l'allocation des ressources.	
<b>Sections de normes : Gouvernance durable</b>	
13.1 L'organisme possède des politiques et des procédures précises en matière de finances.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'évaluation des ressources humaines, financières et matérielles se fait annuellement. Il y a un souci d'adéquation entre les ressources et les besoins dans le processus de gestion. Les décisions sont prises en anticipant les répercussions des changements. L'attribution des ressources se fait en tenant compte des partenaires externes ainsi que des décideurs et prestataires de services à l'interne. L'organisation prend ses décisions sur des critères de performance, comme sur l'utilisation des outils de mesures et des tableaux de bord.

L'utilisation d'outils d'information pertinents et cette culture de mesure qui permettent de mieux cibler la planification et améliorer le suivi.


La politique de planification financière devrait être révisée puisqu'elle date de 5 ans. De plus, l'établissement est encouragé à finaliser sa standardisation administrative.

L'équipe travaille actuellement à améliorer le recouvrement des créances et à intégrer les statistiques cliniques aux données financières, ce qui devrait enrichir l'information de gestion.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.1.3 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Sections de normes : Efficacité organisationnelle</b>	
<p>8.5 L'organisme met en oeuvre une stratégie complète afin de prévenir la violence en milieu de travail.</p> <p>8.5.4 L'organisme effectue des évaluations des risques pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.</p> <p>8.5.7</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les dirigeants de l'organisme étudient les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail, et ils se servent des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence, et apporter des améliorations à la politique sur prévention de la violence en milieu de travail.</li> </ul>	
<p>8.6 L'organisme établit un processus de communication confidentiel qui permet au personnel, aux prestataires de services et aux bénévoles de formuler leurs plaintes, leurs préoccupations et leurs griefs.</p>	
<p>12.11 Les dirigeants de l'organisme mènent des entrevues de départ auprès des personnes et ils utilisent cette information pour améliorer les stratégies de dotation et de rétention.</p>	
<b>Sections de normes : Gouvernance durable</b>	
<p>6.4 Le conseil d'administration suit un processus pour établir et mettre à jour ses règlements et politiques.</p>	
<p>8.6 Le conseil d'administration conserve un plan pour la relève du DG.</p>	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Plusieurs activités contribuent au soutien des employés, tels; garderie, accès à une salle d'exercice, retour au travail adapté, coaching relationnel, ainsi que des activités de regroupement : l'épluchette de blé d'Inde ou le B.B.Q. Il existe un programme de prévention de la violence en milieu de travail.

Il y a eu un sondage sur la mobilisation du personnel, les résultats ont été présentés et l'implantation des mesures à prendre est à venir.

Un plan de main-d'œuvre 2010-2012 est en fonction. Les descriptions de fonctions ont été revues et sont signées par les employés à la prise d'un poste. L'évaluation au rendement est commencée et un taux de 10 % est réalisé. L'équipe est encouragée à continuer cette démarche.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

La direction des ressources humaines accompagne bien les gestionnaires dans leurs préoccupations en ressources humaines. Un regroupement sur le même site de cette direction apporterait un plus à l'esprit d'équipe. Le PDRH est actualisé se terminant en 2010.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.1.4 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Sections de normes : Efficacité organisationnelle</b>	
14.3 Dans le cadre de leur méthode de gestion intégrée des risques, les dirigeants de l'organisme choisissent, négocient et gèrent les services contractuels de façon sécuritaire et efficace.	<b>!</b>

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

Comme plusieurs processus de l'établissement, la gestion de la qualité est partie prenante de la culture de la mesure. En effet, des mécanismes de déclarations des événements indésirables et les suivis afférents sont présents.

Le bilan comparatif des médicaments est organisé et planifié. Il y a une analyse prospective de la sécurité des clients et des rapports sont produits avec un suivi par le comité de vigilance formé de membres du conseil d'administration. De même, l'établissement a développé un cadre conceptuel de gestion de la qualité, le nom du document est représentatif de sa philosophie d'intégration « L'amélioration continue de la qualité selon une approche de gestion intégrée de la qualité ». Celui-ci est complet en ce sens qu'il aborde l'ensemble des volets de la qualité.

La vision non punitive de la déclaration d'incident-accident fondé sur une approche systémique au lieu d'une approche de la personne est à souligner.

L'équipe est encouragée à continuer l'intégration de l'amélioration continue au plan d'action de chaque direction ainsi qu'à poursuivre le suivi des recommandations à la suite des audits. Une attention particulière devra être fournie pour assurer la décentralisation de la qualité au plan opérationnel.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

Le conseil d'administration prend les décisions sur des données probantes et sur des analyses comparatives. L'établissement s'est donné un code d'éthique clinique et un code d'éthique de la recherche.

L'éthique de la recherche est bien implantée et répond aux normes de cette discipline. Un défi se présentera à l'équipe à l'effet de revoir le cadre réglementaire et de gérer l'arrivée de nouveaux membres dans le comité.

L'éthique clinique fête sa première année de fonctionnement. Elle bénéficie de bases solides, d'une bonne structure, d'un guide de référence, et d'un comité. Tout est bien en place pour son évolution. Il n'y a pas de cas documenté et les procès-verbaux présentent surtout la mise en place et l'organisation de l'éthique. Nous encourageons l'équipe à poursuivre l'implantation et à se construire un historique ou une documentation éthique lui permettant de diffuser ses réalisations et ainsi être en mesure, par des cas concrets, de former les intervenants. L'éthique clinique aura aussi comme défi d'être plus présente dans l'établissement.

La qualité du « guide de référence » qui intègre les éléments légaux et présente des pratiques et des conduites attendues est à souligner.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.1.6 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Sections de normes : Efficacité organisationnelle</b>	
3.4 Les dirigeants de l'organisme consultent ses partenaires pour évaluer l'efficacité de ses relations avec ceux-ci.	

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

La qualité et la diversité des moyens de communication déployées au CSSS de Jeanne Mance pour rejoindre la population du territoire, les employés et les partenaires sont dignes de mention. Plusieurs outils de communications sont accessibles dans l'organisation notamment le système intranet qui est « vivant » dans la transmission de l'information. Ce système est disponible à tous les postes de travail. De plus, la parution du journal « Jeanne Mance », « le Branché », les capsules sur l'écran de veille permettent d'informer les intervenants internes et externes sur l'actualité du CSSS. Les résultats du sondage sur la mobilisation du personnel ont fait ressortir un manque de communication. Par contre, les employés préfèrent recevoir l'information de personnes à personne. Par contre, les réunions d'équipe peuvent être une solution.

L'organisation porte une attention pour assurer la sécurité informationnelle par différents moyens par exemple en procédant à des questions secrètes afin de s'assurer judicieusement de l'accès au système informatique. Les activités liées à la sécurité des actifs informationnels sont conformes aux directives, normes et orientations gouvernementales. La confidentialité est une valeur respectée.

L'organisation s'est dotée d'un plan opérationnel de communication visant à renforcer les liens avec les médias, les partenaires et la population.

La sécurité des dossiers archives des usagers est assurée. Une mention particulière à l'équipe des archives pour l'ampleur des moyens utilisés pour se conformer à la sécurité et la confidentialité des informations est donnée.

Le directeur général est toujours présent aux rencontres du conseil d'administration, il agit à titre de secrétaire de rencontre. L'unique fois où il est absent est dans le contexte de son évaluation annuelle.

Il est souhaitable que l'organisation consulte régulièrement les comités à sa disposition telle que le comité des usagers. Il a été mentionné que les membres de ce comité sont plutôt informés des décisions de la direction après leurs applications comme pour le stationnement dont le comité a été avisé par un membre d'une famille.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.1.7 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Le secteur environnement physique est conforme aux lois applicables et respecte les différents codes.

Les processus en place pour détecter et gérer les risques se font avec des requêtes de travail écrites avec une section pour identifier le niveau d'urgence, et sont placées dans un endroit où le personnel de la maintenance les recueillent. Des mesures immédiates peuvent être entreprises. Le personnel de la maintenance a une pagette dont un des codes est le 911. Plusieurs demandes de réparations peuvent être faites par courriel.

Un système d'entretien préventif est en place pour la majeure partie des équipements utilisés dans des établissements. Les équipements sont vérifiés périodiquement. Le travail effectué par des entrepreneurs externes est vérifié. Un processus est en place pour gérer les contrats externes et les coordonnées des différentes compagnies sont disponibles dans les établissements.

L'environnement est adapté pour la clientèle et les accès restreints sont barrés à clé, quoique les accès où les bombes d'oxygène du Centre Émilie Gamelin ne le sont pas, mais des changements seront effectués au niveau de la porte d'accès à la salle. Les fumoirs sont très bien adaptés et la surveillance nécessaire se fait adéquatement parce qu'ils sont situés près d'un poste de soins.

Les espaces sont grands et répondent aux besoins de la clientèle. Lorsqu'un problème est rencontré, un réaménagement peut être effectué, par exemple l'aménagement d'une salle de bain pour un client obèse a été fait dernièrement. Les équipements pour mieux répondre aux besoins de la clientèle ont été installés, dont les leviers sur rail dans les chambres de résident des soins de longue durée. Plusieurs projets de modernisation ont été réalisés dans différentes salles mécaniques et des économies énergétiques ont été faites à la suite des changements.

Le comité d'entretien préventif se réunit périodiquement et produit des rapports qui sont disponibles sur intranet ainsi qu'en copie papier.

En ce qui concerne l'évaluation de la qualité des installations, il n'y a pas de système formel d'évaluation. Ceci est une possibilité d'amélioration que l'équipe pourrait développer. La satisfaction de la clientèle doit être mesurée.

Le directeur du service fait partie de plusieurs tables de discussion au niveau régional et provincial. Il a l'occasion de partager les meilleures pratiques avec d'autres organismes et de se comparer.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Sections de normes : Efficacité organisationnelle</b>	
11.6 Les dirigeants de l'organisme offrent une formation au personnel, aux prestataires de services, aux clients et aux familles au sujet de la sécurité-incendie et la prévention des incendies.	!
<b>Sections de normes : Prévention des infections</b>	
14.2 Les politiques et procédures à suivre pour déceler et gérer les épidémies et les pandémies sont mises à la disposition du personnel, des prestataires de services, des bénévoles, des clients et des familles.	!
14.5 Les politiques et les procédures comprennent la définition des rôles, des responsabilités et les obligations redditionnelles du personnel, des prestataires de services et de bénévoles qui participent à l'identification ou la gestion des épidémies et des pandémies.	

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

Le plan des mesures d'urgence interne et externe est complété pour chaque installation du côté de la direction. De plus, il est souhaitable d'intégrer au plan des mesures d'urgence les volets d'interventions en cas de pandémie.

Un plan de formation est élaboré. Des activités de formation et d'information sur les rôles et responsabilités sont amorcées aux employés des différents secteurs sur les mesures d'urgence, environ 300 personnes sont rejointes à ce jour. La direction est encouragée à poursuivre ce déploiement en incluant les différents protocoles d'intervention qui se retrouve sur la carte d'identité des employés. De plus, il est suggéré et pertinent d'ajouter dans la planification de la formation des ressources telles que les bénévoles et les familles afin d'assurer une plus grande sécurité pour l'évacuation des clients à mobilité réduite, en cas d'incendie dans les centres d'hébergements.

Des exercices de simulations ont eu lieu pour le personnel sur le quart de jour et de soir. De plus, une évaluation de l'exercice est effectuée afin d'assurer un suivi et une rétroaction aux intervenants impliqués dans une démarche d'amélioration continue.

Des affichettes sont installées au mur de l'établissement permettant l'identification des sites pour les extincteurs. Des mesures de contrôles sont assurées pour les systèmes de gicleurs, les extincteurs d'incendies et les panneaux d'incendies. De plus, un recensement du nombre de personnes permis dans les salles de rencontre est clairement identifié à l'entrée de celle-ci.

L'organisation s'est dotée d'un système de caméras internes et externes pour assurer la sécurité des usagers, des visiteurs et des employés. Un mécanisme d'enregistrement permet de laisser des traces sur de possibles méfaits et peut servir au besoin.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

Les efforts déployés au niveau de la responsabilisation du dossier des mesures d'urgence sont à souligner.

Les interventions du comité VERT sont présentes dans l'organisation, que ce soit le recyclage des batteries, du papier, du plastique, etc. L'implication s'étend même dans la communauté en participant à différentes tables de concertations où sont présents les organismes communautaires, le milieu scolaire, municipal et policier. Différentes actions sont posées afin d'assurer la sécurité de sa population.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.1.9 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

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

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

Le secteur des équipements et appareils médicaux est très structuré avec une documentation des processus, politiques et procédures écrites très élaborées que nous pouvons retrouver sur intranet.

Un plan de modernisation a été développé ainsi qu'un pour le retraitement des appareils en fin de vie. Un inventaire de tous les équipements et appareils médicaux est pratiquement terminé.

Un processus est en place pour les acquisitions d'équipements incluant entre autres l'évaluation des besoins, les consultations du personnel, les priorités, l'analyse des produits, les appels d'offres et le tout est supervisé par un comité d'équipement.

Un logiciel est utilisé pour le programme d'entretien préventif et produit chaque mois une liste des équipements qui doivent être vérifiés. Une fiche technique est élaborée pour la grande majorité des équipements et le tout sera complété bientôt. Une liste complète des contrats de service est disponible et une évaluation de la qualité des services est effectuée après la visite des entrepreneurs. Lorsque le secteur de la maintenance ne peut effectuer l'évaluation de la qualité, une firme extérieure est embauchée, c'est le cas avec les ascenseurs. Les recommandations des rapports de la maintenance préventive sont réalisées immédiatement.

La stérilisation est effectuée par un entrepreneur externe qui a un contrôle de qualité et le rapport est envoyé à la responsable de la prévention des infections. Pour la désinfection, une requête est complétée et une équipe de membres du personnel se rend sur place pour faire les travaux nécessaires.

Un contrat a été octroyé à une firme externe spécialisée pour la cueillette des articles contaminés et déchets biomédicaux qui sont entreposés dans des réfrigérateurs avant.

L'organisation a créé un comité d'évaluation des produits pour s'assurer que les bons produits sont utilisés dans les établissements. Les fiches signalétiques sont disponibles pour chaque produit.

Les incidents se rapportant aux équipements sont analysés en collaboration avec la responsable de la gestion des risques. Des enquêtes sont effectuées, des correctifs sont apportés et le tout est communiqué.

L'équipe travaille avec un plan d'action qu'elle a développé pour la période de 2008-2011. Le plan est modifié aux besoins pour répondre à ces derniers.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

Les processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services sont les suivants :

#### Direction clinique

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

#### Compétences

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

#### Épisode de soins

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

#### Aide à la décision

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

#### Impact sur les résultats

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

#### Gestion des médicaments

- Prestation interdisciplinaire des services de pharmacie.

#### Prévention des infections

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

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.2.1 Sections de normes : Normes de gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
1.5 L'organisme donne accès aux protocoles, aux directives, aux recommandations relatives aux échelles de dosage, aux listes de vérification et aux formulaires d'ordonnances préimprimés pour les médicaments faisant l'objet d'un niveau de risque ou d'alerte élevé.	!
1.6 L'organisme a accès à un pharmacien en tout temps pour répondre aux questions sur les médicaments ou la gestion des médicaments.	!
2.5 L'organisme définit et établit la liste des médicaments de niveau de risque et d'alerte élevés dont il dispose.	!
8.3 L'organisme range les agents cytotoxiques de façon sécuritaire dans un endroit isolé qui est doté d'une ventilation adéquate.	!
10.12 L'organisme fournit des aires de travail tranquilles pour la rédaction et la transcription des ordonnances de médicaments et pour leur entrée dans les systèmes informatiques.	
15.3 L'organisme protège la santé et la sécurité des prestataires de services qui transportent, administrent et éliminent les médicaments cytotoxiques.	!

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

##### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Un nouveau département de pharmacie est en construction et une réorganisation majeure du service est prévue, selon le chef de la pharmacie. La configuration des aires de travail fournira des conditions optimales pour l'accomplissement des tâches du personnel et des pharmaciens. Son déménagement dans de nouveaux locaux est prévu pour octobre 2011. Le développement de l'équipe de pharmaciens se poursuit avec l'ajout de pharmacien et d'assistant technique. L'achat de matériel à la fine pointe de la technologie est prévu lors de l'aménagement du local.

Le contenu des étiquettes sera revu lors de l'installation du nouveau logiciel à la suite du déménagement.

Le personnel et les médecins ont accès à un pharmacien de 8 h à 16 h 30. Un service de dépannage est offert, par une pharmacie communautaire en soirée, jusqu'à 22 h ainsi que durant les fins de semaine.

Bien que regroupés sur une même étagère et peu nombreux, les médicaments cytotoxiques sont rangés dans la même étagère que les autres médicaments.

Une directive sur les règles d'émission et d'exécution des ordonnances dans les centres d'hébergement est utilisée, mais elle n'est pas datée ni approuvée, entre autres au Centre d'Hébergement du Centre-Ville. Les politiques et procédures sont regroupées dans un cartable, datées de plusieurs années et n'ont pas été mises à jour depuis.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

Le comité de l'acte médical du CMDP a procédé à la vérification de l'utilisation d'abréviations à proscrire lors de la prescription d'une ordonnance médicale. Les membres ont été informés des résultats lors de leur assemblée annuelle.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.2.2 Sections de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
<p>L'organisme attribue l'équipe de conseillères en prévention des infections selon les normes reconnues et cette équipe est totalement dédiée à la prévention des infections. Cette équipe est très présente dans l'organisation et aussi très dévouée pour la prévention des infections. De plus en plus, les conseillères sont demandées à participer à différents comités ou tables de travail. L'équipe fait le suivi des taux d'infections, le transmet sous forme de tableaux de bord et le communique au Conseil d'administration (comité de vigilance) de façon trimestrielle. Les tableaux de bord sont disponibles sur l'intranet et on s'en sert pour faire le suivi de ces cas d'infections, déterminer les tendances et faire des recommandations pour éviter que le tout se reproduise. L'ensemble des gestionnaires prend connaissance des tableaux de bord et transmet l'information au personnel soignant, entre autres, aux centres d'hébergement. Plusieurs moyens sont pris pour exercer une surveillance des éclosions soit : la déclaration, le suivi, l'avis, les déclarations à la Santé publique et les guides d'interventions interdisciplinaires. Les documents utilisés sont comparables aux autres organismes et sont issus du MSSS, INSPQ, etc. La communauté (les familles) est informée lors d'éclosion par des appels et d'affiches. Les partenariats sont présents et des interventions sont effectuées dans plusieurs organismes communautaires et ressources privées ou intermédiaires comme la Résidence Boulevard et la Maison du père. La communication bidirectionnelle est établie avec le CHUM (hôpital de première instance) et la Santé publique. L'organisme est au fait des meilleures pratiques en prévention des infections et consulte au besoin les lignes directrices et recommandations en matière de prévention des infections. L'organisme élabore aussi les politiques et procédures, guides d'interventions et protocoles selon les directives publiés par des organismes officiels. Le comité interdisciplinaire de prévention des infections est actif et représente l'ensemble des secteurs concernés.</p> <p>Les rôles de chacun y sont précisés, entre autres, dans les descriptions de fonction du personnel infirmier. Des communiqués sur la prévention des infections sont disponibles dans le « Jeanne-Mance et le Branché ». Dès l'embauche, lors des journées d'accueil, les conseillères en prévention des infections rencontrent l'ensemble du personnel ainsi que des cadres. Les séances de formation sur le lavage des mains sont aussi offertes, au personnel lors de l'embauche, lors de l'orientation/intégration, en capsules d'information, lors de rappels au personnel et aux bénévoles ou selon le calendrier établi au PDRH. Les familles sont aussi impliquées dans tout ce processus (lavage des mains, étiquette respiratoire, port du masque, infections) et de l'information écrite sous forme de dépliant est donnée aux familles, aux clients ainsi qu'au personnel. Toute la documentation sur la prévention des infections est aussi disponible à l'interne sur l'intranet. Des promotions sont faites sur la vaccination contre l'influenza saisonnière dans tous les secteurs du CSSS, dans la communauté aux organismes communautaires et autres ainsi qu'auprès des membres du personnel.</p> <p>Le personnel du service alimentaire respecte les directives ainsi que le personnel manipulant la lingerie, les fournitures, les matières dangereuses et le matériel.</p>	

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

Les distributeurs de gel antiseptique et les affiches sont retrouvés dans l'organisme selon les recommandations émises par le comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ). Les conseillères consultent au besoin les experts et avisent les autorités pertinentes et la Santé publique. Des audits sont faits de façon très fréquente et des plans d'action sont élaborés lorsque nécessaires. Les résultats sont aussi transmis et diffusés aux gestionnaires puis au personnel. Ces audits sont faits par les conseillères en prévention des infections, mais il serait intéressant que ce soit fait par autres personnes (réaffectation, bénévole).

Un calendrier et un horaire de nettoyage pour tout matériel nécessitant nettoyage ou désinfection sont élaborés et des documents de référence sont élaborés. Il est à noter que les secteurs du SAD, les CLSC, les centres de jour et les CHSLD sont propres et peu encombrés.

Une vérification est faite pour les systèmes de chauffage, de ventilation, de climatisation ainsi qu'en phase de construction. Des comités sont aussi mis en place, entre autres, pour les articles critiques, semi-critiques et non critiques. Un contrat est disponible en sous-traitance au CUSM (organisme agréé) au niveau des services de retraitement et de la stérilisation. Il est suggéré de poursuivre le bon travail et de s'assurer des transferts d'apprentissage des membres de l'équipe.

**Section 3 Résultats détaillés de la visite**

**3.2.3 Sections de normes : Services de santé communautaire**

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
11.6 L'équipe recueille le point de vue de la communauté sur la qualité de ses services de santé communautaire.	
11.7 L'équipe recueille le point de vue des partenaires communautaires sur la qualité des services de santé et des pratiques d'acheminement de la communauté.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
<p>Les équipes de travail ont des renseignements sur la communauté qui leur permet de connaître très bien les besoins et d'y répondre avec des services appropriés. Plusieurs programmes ont été développés à l'interne et un partenariat à la suite de l'analyse des données sur la communauté.</p> <p>Les services sont connus et sont conformes avec les lois, les objectifs et les buts de l'organisme.</p> <p>Des comités paritaires ont été créés avec les partenaires pour offrir certains services et coordonner ces derniers. La promotion de la santé fait partie intégrante des services à la communauté. Différentes activités de groupe sont organisées, sous forme d'enseignement et de soutien, et sont offertes à la clientèle en santé mentale ainsi qu'au niveau des sages femmes. Des corridors de services particuliers ont été créés au niveau des cliniques et des unités de médecine familiale. La promotion de la santé est un facteur prioritaire pour les différents centres et beaucoup de travail a été fait sur la modification des modes de vie auprès de la clientèle afin qu'elle demeure en santé. La grande majorité de la clientèle des cliniques et des unités de médecine familiale se rend aux centres sans rendez-vous. Plusieurs cliniques sont offertes à la communauté</p>	

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

dont une pour le diabète qui est une maladie très présente dans la communauté. L'enseignement est partagé entre les médecins. Plusieurs médecins des cliniques sont originaires du territoire et ils ont une connaissance particulière de la clientèle. Les médecins d'une des cliniques peuvent bénéficier d'un programme d'aide qui a été organisé par les médecins eux-mêmes.

Les objectifs sont clairement identifiés soit sur une base annuelle ou autres, ajustés aux besoins et un bilan des résultats est analysé périodiquement.

Les équipes ont accès aux fournitures et à l'équipement nécessaire pour offrir des services de qualité. Des regroupements de fournitures ont été effectués pour l'offre de certains services, dont les besoins lors d'un accouchement. La direction de l'organisme donne son soutien dans ce secteur et les équipes ont la chance de rencontrer leur direction pour en discuter.

Les stagiaires sont très présents tout au long de l'année dans différents services et apportent une contribution additionnelle à la livraison des services.

Il y a un équilibre dans les tâches et l'attribution des cas qui sont coordonnés par un membre de l'équipe. L'opinion des employés est considérée dans les deux cas. La distribution des cas les plus lourds est équitable.

### Processus prioritaire : Compétences

Le travail en équipe interdisciplinaire est très présent dans les différents centres et la participation est active de la part des membres. L'expertise et la compétence de ces derniers permettent une offre de services de qualité. Les cliniques de santé familiales accueillent environ vingt résidents en médecine qui contribuent grandement à l'amélioration des services. Une des cliniques de médecine familiale a embauché certains professionnels chercheurs au cours de la dernière année pour développer de nouveaux programmes basés sur les données de recherche. Une pratique collaborative est implantée au niveau des médecins des cliniques ou unités de médecine familiale.

Chaque membre du personnel a une description de poste décrivant son rôle et ses responsabilités. Dans certains cas, l'employé a eu l'occasion de participer dans la conception de sa description de poste. La profession d'infirmière auxiliaire est maintenant présente dans la clinique de médecine familiale.

La clinique de médecine familiale et l'unité de médecine familiale ont des locaux très fonctionnels, bien organisés et la majorité des équipements pour la pratique sont neufs.

Les membres de l'équipe ont la chance de participer à des formations spécifiques pour leur permettre d'améliorer leurs compétences et une analyse de la qualité de la formation est effectuée par la suite.

Les équipes de travail sont en mode amélioration des processus régulièrement et les résultats sont mesurés. Les priorités sont identifiées et les services sont offerts en collaboration entre les membres des équipes.

Plusieurs membres des équipes font partie d'association professionnelle et ont les compétences nécessaires pour offrir les services à la clientèle identifiée.

Les nouveaux membres de l'équipe reçoivent la formation dont ils ont besoin pour répondre aux besoins de la clientèle. Des salles de formation sont disponibles dans la plupart des centres.

Une appréciation du rendement interactif est réalisée périodiquement dans certains centres tandis que d'autres commencent le processus. Certaines inspections de l'ordre professionnel sont effectuées à l'occasion.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

La contribution des membres est soulignée à différents moments dans l'année. Une brochure nommée « Bons coups 2010-2011 » souligne la participation des employés dans les activités d'amélioration de la qualité des soins et services.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le travail d'équipe est très présent dans l'organisation et chaque membre participe activement afin d'améliorer les différents processus dans le but d'offrir une qualité de services.

Plusieurs brochures d'information sont distribuées à la communauté, aux partenaires et autres organismes qui acheminent certains clients. Les services sont disponibles sur rendez-vous ou le client peut avoir un accès direct. Certains intervenants se rendent à domicile. Des professionnels de l'unité de médecine familiale se rendent dans les organismes communautaires une fois par année pour faire connaître les services de leur secteur d'activités.

Les obstacles d'accès aux services sont éliminés très rapidement étant donné les nombreux partenariats qui offrent des services complémentaires et les portes d'entrée disponibles dans la communauté. Plusieurs ententes ont été signées avec des partenaires pour des services, dont l'hôpital Saint Luc.

Les personnes désirant recevoir de l'information ou des services les reçoivent à l'intérieur d'une période de temps raisonnable selon l'urgence. Une priorité est établie pour répondre aux besoins.

Les centres offrent de l'enseignement et du soutien à leur clientèle. Des salles sont réservées à cet effet et chacun dispose de matériel d'enseignement. Des suivis sont effectués auprès de la clientèle qui a besoin des services. Le secteur de l'enseignement à la communauté est très développé dans tous les centres et une importance particulière est apportée à ce volet par les équipes.

Le personnel peut demander l'aide du comité d'éthique pour régler les questionnements ou discute avec l'ordre professionnel ce qui est une possibilité pour le secteur des sages femmes. Dans les cliniques médicales, les questionnements éthiques sont pris en charge par les médecins.

La clientèle est informée du processus de présentation des plaintes et il est très rare que des plaintes soient reçues. Par contre lorsque la situation se présente, elle est prise en charge rapidement et les correctifs sont effectués par la suite.

Un comité d'utilisateur des services a été créé dans le service de la santé mentale qui travaille conjointement avec la direction des services au niveau de l'évaluation de la qualité des services.

Les dossiers des clients sont à jour, complets et entreposés dans un endroit sécuritaire. Le client a accès à son dossier et la confidentialité est respectée. Le secteur des archives est très bien organisé dans les différents centres.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes respectent les lois sur la protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements. Le consentement est demandé au client pour la divulgation de renseignements contenus dans son dossier. Des liens étroits ont été créés avec une archiviste et l'équipe a accès au dossier du client sans aucun problème lorsque le besoin se présente.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

Au plan de la technologie, les équipes bénéficient d'un secteur technologique dans l'organisme qui développe certains programmes pour eux dont en exemple un registre de patient pour le guichet du service de santé mentale.

De l'enseignement est offert aux membres-utilisateurs lorsqu'il y a une nouvelle technologie d'implantée ou concernant le système d'information.

Plusieurs lignes directrices fondées sur les données probantes sont utilisées dans les différents secteurs d'activité, dont celui de sages femmes qui consulte ceux de la société canadienne de pédiatrie.

Le partage des pratiques exemplaire se fait avec les partenaires et d'autres organismes tel que le CHUM. Certains centres de l'organisme développent des programmes qui peuvent être utilisés par d'autres établissements du domaine de la santé.

Les équipes ont la chance de bénéficier d'un centre de recherche à l'interne et celui du CHUM. Des activités de recherches étant réalisées, des protocoles et normes ont été développés pour ce genre d'activités. Un comité d'éthique à la recherche a été créé. Le tout est conforme en plus de communiquer les résultats.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme évalue ses services régulièrement en faisant une analyse des tableaux de bord, distribue des questionnaires de satisfaction à sa clientèle dans certains centres, procède à des évaluations de groupe, analyse les résultats et effectue des changements aux besoins dans son offre de service.

Plusieurs équipes de travail ont été créées pour atteindre les objectifs établis et d'autres sont en développement.

La sécurité des membres des équipes est importante pour la direction et différentes mesures ont été mises en place pour la protection du personnel. Par exemple, des systèmes d'appel d'urgence ont été installés dans les salles d'entrevue, des caméras dans différents endroits stratégiques ont été placées et des agents de sécurité sont disponibles dans certains centres. Les visites à domicile des nouveaux clients se font à deux personnes pour le service de santé mentale.

Au cours des dernières années, beaucoup d'emphase a été placée sur la communication à la communauté des services offerts dans les centres. Différentes brochures décrivant les services offerts sont disponibles dans les centres pour la clientèle.

Les meilleures pratiques sont communiquées aux autres organismes et un partage est effectué avec les partenaires.

Le peu d'incidents avec les clientèles à risque démontre qu'une culture de sécurité s'est implantée à l'intérieur des centres. Les membres de l'équipe peuvent déceler les risques rapidement et les gérer efficacement.



Des rapports d'incident sont achevés lorsqu'une situation particulière se produit et analysés afin de déterminer la cause pour effectuer les correctifs par la suite dans le but d'éviter que cela ne se reproduise. L'organisme, par l'entremise du comité de gestion des risques, doit s'assurer que les membres de l'équipe sont informés.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

Certains centres effectuent des sondages auprès de la clientèle pour connaître les points de vue sur la qualité des services. Il est donc fortement suggéré aux autres centres de faire le même exercice. En ce qui concerne le point de vue des partenaires sur la qualité, le tout est fait de façon informelle lors de réunions, mais devrait être effectué formellement.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.2.4 Sections de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.5 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion. 4.5.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	
4.7 L'organisme offre de la formation à l'équipe sur la prévention de la violence en milieu de travail.	
4.8 L'organisme offre de la formation à l'équipe sur le signalement des incidents violents en milieu de travail.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.1 L'équipe travaille avec les clients et les familles pour cerner les objectifs et les attentes ce qui concerne les services offerts.	
10.14 L'équipe traite les plaintes du client et de sa famille de façon équitable et en temps opportun.	
11.4 L'équipe contribue à ce que la nourriture et les repas plaisent au client et à sa famille.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
16.4 L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales. 16.4.1 L'équipe produit de l'information écrite et verbale à l'intention des clients et des familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité. 16.4.2 L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### Processus prioritaire : Direction clinique

L'équipe des services connaît bien le profil de sa population ainsi que ses besoins s'y rattachant. Le personnel rencontré manifeste de l'intérêt pour les besoins de la clientèle et utilise les moyens disponibles pour la rejoindre.

Des stagiaires, infirmières, infirmières auxiliaires, travailleurs sociaux sont accueillis dans les équipes. Le CSSS procède à une diminution de l'utilisation de la main d'oeuvre indépendante pour le personnel. Avoir des ressources stables assure une meilleure qualité et une sécurité des services aux usagers.

Des leviers sur rail pour la majorité des chambres sont déployés en CHSLD afin de faciliter le travail et les déplacements des usagers de manière sécuritaire.

Des transformations majeures ont eu lieu dans le CSSS en lien avec l'organisation du travail. L'implication des employés comme la création d'un comité de travail avec les préposés a eu des retombées positives sur l'équipe.

L'organisation a mis en place un service adapté à un profil clinique ainsi qu'une approche particulière « la clé des champs ». Les impacts sur la clientèle sont un succès.

### Processus prioritaire : Compétences

Il existe un processus écrit d'orientation du nouveau personnel. De plus, des outils d'évaluation du rendement sont utilisés pendant la période d'approbation.

Les descriptions de fonctions sont rédigées.

Il existe une équipe interdisciplinaire et des rencontres incluant l'usager et la famille se tiennent à des fréquences régulières pour établir un plan de service individualisé. Les besoins et les problématiques des usagers sont discutés et des actions concertées sont mises de l'avant par les différentes disciplines. Les infirmières ont mis en place le PTI.

Le personnel reconnaît recevoir plusieurs formations. Il est suggéré de porter une attention particulière sur la violence en milieu de travail, de poursuivre le déploiement du PMDU en incluant le code blanc. Il n'y a pas de pompe volumétrique sur les unités. Lorsque le besoin d'administration intraveineuse se présente, les infirmières utilisent le compte des gouttes.

Des pompes à gavage sont disponibles sur les unités, il est recommandé à la direction d'offrir une mise à jour de l'utilisation de cet équipement et de planifier une formation régulière afin de s'assurer de la compétence du personnel et de consigner ces formations dans les dossiers des employés, aux ressources humaines.

Le programme « AGIR » est en plein déploiement. La troisième phase débutera prochainement.

Le processus d'évaluation du rendement est amorcé.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le personnel sait à qui s'adresser lorsqu'une situation éthique est soulevée.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

Les suivis des dossiers sont documentés.

L'utilisateur et ses proches sont au centre de toutes les interventions pour la majorité des établissements. Il est important de noter que l'attitude des employés est empreinte de respect envers l'utilisateur. On favorise la notion de milieu de vie même si des efforts d'imagination doivent être développés compte tenu des limites des établissements.

Par contre, à la demande des usagers ou de leur famille, plusieurs rencontres au Centre d'hébergement Centre-Ville, nous questionnent. Les clients ont partagé leurs préoccupations touchant l'offre de service, mais aussi la qualité et la sécurité des usagers. De plus, le fait d'avoir parlé aux visiteurs provoque une certaine inquiétude et les clients semblent effrayés. Dans ce même centre, il existe une méfiance en rapport au processus de plaintes. La direction est invitée de s'assurer qu'un suivi sera fait au sujet de cette requête.

Le processus d'admission en CHSLD d'un usager dans un des centres a été validé. La feuille d'ordonnance comprenait une prescription médicamenteuse avec des suggestions du département de pharmacie. Une note inscrite « bilan comparatif » avec une signature apparaît par la suite sur cette même feuille. Cette analyse comprend la prise de médicament antérieure et la nouvelle inscrite. Cette démarche sera complétée dans les prochains mois pour l'ensemble des services.

Une pochette d'accueil est remise aux usagers et à la famille.

Les repas ne font pas l'unanimité pour les usagers. Le contexte de la modification des menus peut en être la cause, mais ceci n'est pas négligeable.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Le dossier de l'utilisateur contient les informations requises aux soins et services offerts aux usagers. Chaque usager a une démarche de plan thérapeutique infirmier, un plan de service individualisé et un processus de révision est mis en place.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les employés sont sensibilisés à l'importance de la sécurité de la clientèle et des principaux objectifs de la gestion des risques. Les employés sont à l'aise pour déclarer les accidents et les incidents dans l'exercice de leurs fonctions. La divulgation est en place.

Un rappel d'inclure les familles et les bénévoles dans la formation sur la sécurité (PMDU) est de mise.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.2.5 Sections de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.2 Les membres de l'équipe disposent de profils de postes qui définissent les rôles, les responsabilités et le champ de pratique.	
3.6 Les membres de l'équipe interdisciplinaire communiquent régulièrement pour coordonner les services, les rôles et les responsabilités.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
12.6 Après le transfert ou la fin de services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
<p>L'équipe recueille des renseignements sur la communauté et peut bénéficier du document quartier à la loupe qui résume en détail les particularités de la communauté. L'information est utilisée pour établir les priorités dans les services.</p> <p>L'équipe travaille beaucoup avec le CHUM pour la porte d'entrée de la clientèle aux services qu'elle offre et avec les CLSC pour la porte de sortie de la clientèle à la fin du traitement. Le tout est réalisé dans une coordination participative.</p> <p>Un outil de programme cible de performance est en place pour l'évaluation continue des services que l'équipe offre. Les buts et objectifs sont établis ainsi que les plans d'action développés pour les réaliser.</p> <p>L'équipe a un certain soutien du CSSS pour un accès aux fournitures ou équipements afin d'offrir des services de qualités. Les appareils sont nettoyés périodiquement.</p>	

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

L'ensemble des différents professionnels reçoit en moyenne un total de dix stagiaires par année qui est un soutien pour eux. L'attribution des cas est équilibrée et l'équipe a la chance de faire part de leur opinion aux dirigeants sur le sujet.

Un programme d'entretien préventif a été développé au niveau de l'équipement par la centrale du service technique au CSSS. Des inspections sont effectuées périodiquement.

Un processus est en place pour les déchets biomédicaux et une compagnie de l'extérieur en fait la collecte. Aucune stérilisation n'est effectuée parce que l'équipe utilise des produits jetables.

### Processus prioritaire : Compétences

Le travail en équipe interdisciplinaire est présent, mais des correctifs devront être apportés pour améliorer la communication ainsi que la fréquence des réunions qui doit être augmentée.

Les champs de pratique sont respectés et les membres de l'équipe sont encouragés à améliorer leurs compétences. Une formation continue est offerte avec le programme de développement des ressources humaines.

L'équipe bénéficie d'espace très grand pour offrir les services et favorise l'interaction. Des outils d'évaluations ont été développés pour évaluer le fonctionnement de l'équipe. Les membres de l'équipe ont les titres reconnus de leur ordre professionnel et les compétences nécessaires pour offrir les services selon les besoins de la clientèle.

La formation au niveau des pompes à perfusion devrait être renouvelée étant donné que plusieurs nouvelles infirmières ont été embauchées depuis 2008 et que le centre fait appel à des agences pour des infirmières. Ces formations devront être compilées dans les dossiers des employés, aux ressources humaines.

Une orientation détaillée est offerte aux nouveaux membres de l'équipe incluant leurs rôles, les objectifs du centre et l'utilisation sécuritaire de l'équipement.

Cinq évaluations de l'appréciation du rendement des employés ont été faites et d'autres seront effectuées prochainement. Par la suite, les évaluations seront effectuées périodiquement.

La contribution des membres est reconnue lors de certains événements, des messages de la direction sont publiés pour les bons coups réalisés.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les obstacles, pour offrir les services au client acheminé au centre par les hôpitaux, sont éliminés dès le départ étant donné que les services offerts sont complets. Les différents professionnels ont la capacité et les compétences nécessaires pour la livraison des services.

Avec le guichet unique, l'accueil du client se fait dans l'intimité et dans la confidentialité. Habituellement, les demandes de services sont respectées à l'intérieur d'un temps raisonnable, mais si les services sont utilisés au maximum, le client est dirigé vers un autre centre.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

Des brochures expliquant l'offre de service sont distribuées. Certains membres du personnel se rendent dans les cliniques communautaires pour faire la promotion sur les services donnés et les hôpitaux qui acheminent la clientèle connaissent les différents programmes offerts.

Pour la clientèle du service de jour, l'ensemble des services dont elle a besoin est offert en une demi-journée. Cela permet d'avoir une clientèle en avant midi et une différente en après-midi. Le client reçoit de l'information lors de l'admission dans une brochure d'accueil incluant différents items. Un suivi est effectué auprès du client qui ne se présente pas aux rendez-vous.

Une évaluation est complétée pour chaque client admis par les différents professionnels impliqués. L'outil multientente est utilisé entre autres.

Le bilan comparatif des médicaments est effectué au début du service et le centre reçoit la liste des médicaments que le client prenait avant l'admission. Le tout est consigné dans le dossier du client et les différents changements sont aussi inscrits par la suite. Le processus est effectué en collaboration avec le client, le pharmacien, le médecin et le service des soins infirmiers.

Les services diagnostic de l'hôpital qui achemine le client sont utilisés pour ce dernier après son admission au centre. Des corridors de services sont en développement pour le service de jour.

Une évaluation de la douleur est effectuée à l'admission en utilisant une échelle de 0 à 10 standard. L'évaluation est présentée au client, mais le processus lui est expliqué avant.

Les professionnels s'assurent que le client comprend les différentes informations qui lui sont remises et des outils d'enseignements sont utilisés dans la plupart des cas. Un consentement éclairé est obtenu à l'admission et consigné au dossier.

La travailleuse sociale est la personne désignée pour le soutien émotionnel au besoin. L'infirmière pivot est responsable d'informer le client de ses droits et un code de vie est distribué au client. Les questions d'éthique sont discutées au niveau de l'équipe multidisciplinaire et le comité d'éthique du CSSS peut être consulté au besoin.

Chaque client a un plan d'intervention à jour et les objectifs sont clairement définis ainsi que les notes d'évolutions qui sont complétées régulièrement.

Les médicaments sont fournis par la pharmacie du CSSS et conservés sous clé dans le poste de soins. Un accès est assuré après les heures de services auprès d'une pharmacie communautaire. L'élimination des médicaments est effectuée par la pharmacie. Les incidents se rapportant aux médicaments sont consignés et les résultats sont présents dans un tableau de bord.

La planification de congé ou des transferts sont organisés par l'équipe et différents formulaires sont remplis pour l'information dont un inclut le numéro de téléphone d'un employé si le client a des craintes après le transfert. Un bilan comparatif des médicaments accompagne le client lors du transfert. Un suivi formel est effectué après le transfert pour les cas complexes.

Les consignes du fabricant sont suivies pour l'utilisation des équipes ainsi que le nettoyage.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les vérifications des dossiers démontrent qu'ils sont précis et à jour. La confidentialité est respectée et le personnel a accès à ce dernier en temps opportun. Après le service, le dossier suit le client soit au centre de soins prolongé, remis à son médecin ou d'après le souhait du client.

Un consentement est autorisé par le client pour la divulgation de l'information de son dossier aux autres prestataires de services.

Les besoins de nouvelles technologies sont connus et de l'enseignement est offert au personnel utilisateur lorsque des nouveautés sont implantées. Les infirmières des agences qui travaillent dans l'équipe reçoivent une formation des logiciels utilisés.

Les lignes directrices fondées sur les données probantes sont utilisées dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité. L'équipe a réalisé un bon coup en créant un circuit d'exercice à l'intérieur pour une certaine clientèle et le concept a été utilisé par d'autres organismes semblables.

Les membres sont impliqués dans l'élaboration des processus et les guides.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les ressources disponibles dans le centre répondent à la demande de service, mais la direction doit faire appel à des agences de personnel.

Les membres de l'équipe sont conscients des risques auxquels ils sont exposés et ils sont vigilants. De l'enseignement continu est offert sur la gestion des risques et au cours des ans une culture de sécurité a été implantée.

Chaque client a un bracelet indiquant certaines informations qui sont demandées verbalement au client avant de recevoir un service. L'employé fait en fait la vérification par la suite sur le bracelet.

L'information sur les meilleures pratiques est partagée entre les membres de l'équipe.

Les risques sont détectés rapidement et les situations sont immédiatement contrôlées.

Un programme de prévention des chutes a été créé, de la documentation est donnée aux clients dès son admission. La clientèle à risque de chute est identifiée et le programme est évalué régulièrement par l'équipe.





De l'enseignement est offert au personnel pour la réduction des risques auxquels le client est exposé. Un guide de l'utilisateur a été élaboré pour les sujets de sécurité et il est distribué aux familles aussi.

Une grille de dépistage des activités à risque a été créée et elle est utilisée pour déterminer les activités à risques tout en déterminant le degré de probabilité que cela se produise. Les incidents sont documentés, analysés, et les résultats sont communiqués au personnel.

Un sondage annuel est réalisé auprès de la clientèle sur la qualité des services et les résultats sont connus de l'équipe. Des améliorations sont effectuées à la suite du sondage si la situation se présente.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### 3.2.6 Sections de normes : Soins et services à domicile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Direction clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
<p>4.6 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace à l'intention des prestataires de services au sujet de toutes les pompes à perfusion.</p> <p>4.6.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.</p>	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
<p>6.7 L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client au début des services de concert avec le client et la famille ou le soignant quand la gestion des médicaments fait partie des soins.</p> <p>6.7.4 L'équipe communique le MSTP et les différences devant être résolues au professionnel de la santé approprié et consigne les mesures prises dans le dossier du client.</p> <p>6.7.5 Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.</p>	
<p>9.6 L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.</p> <p>9.6.1 L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute intervention.</p>	
<p>11.2 L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.</p> <p>11.2.4 Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit.</p>	

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

11.2.5 Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le client, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas.

### 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'organisme interprète une foule de données parvenant de la table du réseau local, du quartier à la loupe, de l'agence de la santé et connaissent bien les tendances de la région.

Les CLSC du CSSS Jeanne-Mance (Plateau Mont-Royal, St-Louis du Parc et Des Faubourgs) ont tous des clientèles différentes, mais connaissent bien les services à mettre en place. Les membres de l'équipe peuvent exprimer leur opinion quant à l'attribution des cas et ceux-ci sont révisés et même mesurés selon la charge de travail.

Les fonctions d'intervenant pivot et d'encadrement clinique pour les professionnels sont en place. Les membres de l'équipe se rencontrent en interdisciplinarité et suivent aussi un calendrier de rencontres. Ils peuvent ainsi mieux planifier et ajouter des cas plus complexes lorsque le besoin se présente. Les CLSC ont plusieurs projets et travaillent tous pour le mieux-être des clients. Les centres de jour connaissent aussi les besoins de leur clientèle et s'assurent que les objectifs sont atteints pour chaque client par le biais de jeux ou de loisirs.

#### Processus prioritaire : Compétences

Le personnel des CLSC et des centres de jour est très dédié et dévoué en lien avec la clientèle. Les descriptions de fonction sont très complètes et les évaluations au rendement sont rédigées selon un calendrier.

La formation sur les pompes volumétriques et sur les pompes à gavage est faite de façon efficace, mais non continue. Les pompes volumétriques sont utilisées pour les cas de soins palliatifs et sont alors prêtées par le CHUM ou par la pharmacie communautaire. Les formations sont alors données de façon ponctuelle selon les besoins par une infirmière du CHUM, par la compagnie, par le jumelage ou de façon écrite par un soutien ou un aide-mémoire écrit. Cependant, la formation n'est pas consignée dans les dossiers des employés, aux ressources humaines.

Les membres du personnel ont un fort sentiment d'appartenance à chacun des CLSC, mais ont peu d'appartenances au CSSS Jeanne-Mance et ne participent pas aux activités. Les membres de l'équipe ont tous développé une culture de sécurité et de qualité. Ils déclarent de plus en plus les accidents-incidents et s'assurent que les suivis sont faits et que l'évènement ne se reproduise plus.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les membres de l'équipe travaillent en interdisciplinarité. Le cheminement des demandes de services à domicile est fait par un guichet d'accès pour tous les services à domicile. Il y a toujours une nomination d'intervenant pivot pour chacun des clients selon la problématique principale.

Le bilan comparatif des médicaments n'a pu être vu de façon totalement conforme aux services à domicile (CLSC St-Louis du Parc), et réalisé en temps opportun. Des formulaires ou des précisions sont apportés au comité d'implantation pour raffiner leurs démarches. Un audit a été fait sur cinq dossiers et des commentaires sont notés pour améliorer le BCM. Il n'a pas été possible pour les visiteurs de voir les divergences améliorées au niveau des comparatifs médicamenteux. Un plan de l'échéancier de l'implantation du BCM dans tout l'organisme est disponible. Il est suggéré de poursuivre le travail débuté sur les bilans comparatifs de médicaments.

Des pochettes d'accueil sont remises à chaque client. Les infirmières de tous les CLSC connaissent les outils de la gestion de la douleur pour les cas de soins palliatifs. Plusieurs médecins sont eux mêmes experts à ce niveau et offrent un soutien aux intervenants.

Les membres de l'équipe sont sensibilisés à la sécurité de la clientèle et remettent une pochette d'information pour les nouveaux clients. Une grille d'observation et de sensibilisation aux facteurs de risque à domicile est complétée avec le client et lui est remise lors des premières visites. Des dépliants lui sont aussi remis pour réduire les risques de chute à domicile. Les clients présentant un risque de vulnérabilité, en terme de mobilité ou autre, sont inscrits sur la liste et sont visités lors de situations d'urgence. Les communications sont offertes selon les besoins de la clientèle : en français, en anglais avec une possibilité de communication portugaise, chinoise, multilingue, ainsi que par des interprètes de l'agence de la santé et des services sociaux.

La stratégie de prévention des chutes est en œuvre puisque l'évaluation des facteurs de risques est en place dans les soins et services à domicile, les centres de jour et à l'URFI. Un comité est en cours sur la prévention des chutes ainsi que des indicateurs (tableau de bord) afin d'en suivre l'évolution.

Les membres du personnel du SAD ont connu la procédure des deux identificateurs de clients récemment et ont de la difficulté à la mettre en pratique. Malgré cette complexité, les membres du personnel devront trouver la meilleure façon pour le faire.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres respectent la protection de la vie privée et la confidentialité de leur client. Les plans d'action sont dans le plan d'amélioration continue de la qualité du service de SAD. L'accessibilité du dossier est possible la veille de la visite, par les archives, mais les dossiers satellites sont présents dans les CLSC compte tenu des différents sites.

Les membres de l'équipe des CLSC ont accès aux postes informatiques pour la saisie des intrants, la fiche de temps, etc. Il y a un déploiement de postes informatiques pour les membres de l'équipe en cours et une formation est donnée par le service informatique. Les informations cliniques sont aussi disponibles sur le répertoire commun. Les membres de l'équipe utilisent les données probantes pour le développement d'outils ou la conception et l'élaboration de programmes.

## Section 3 Résultats détaillés de la visite

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme compare ses résultats avec d'autres CSSS dans un objectif d'optimisation. Les membres du personnel visent toujours à améliorer leurs services en matière de qualité et de sécurité. Ils participent tous à des partenariats, des projets communautaires tels la Cuisine Visitation qui permettent autant pour la cuisine que pour la socialisation, la Fondation Jacques Bouchard pour les soins palliatifs, et les autres. Les membres de l'équipe ajoutent à l'ordre du jour de leur réunion, un point de discussion sur la sécurité de façon automatique où chacun d'eux discute des tendances au niveau des déclarations d'incidents-accidents, de la double identification, de la prévention des chutes, des choix de formation et de la prévention des infections.

## Section 4 Résultats qui découlent des mesures de rendement

Dans le cadre du programme conjoint d'agrément, les organismes clients procèdent à la collecte de données découlant des mesures du rendement en se servant d'indicateurs et de sondages.

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

L'information contenue dans cette section fait état de quelques résultats des mesures de rendement à l'échelle de l'organisme.

### 4.1 Outils et sondages

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

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Les quatre éléments du conseil d'administration qu'il sert à mesurer sont les suivants :

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

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

Période de collecte de données : 25 mai 2011 au 23 juin 2011

Nombre de répondants : 9

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats pour chaque élément du conseil d'administration

STRUCTURES ET PROCESSUS DE GOUVERNANCE	% D'accord	% Neutre	% Pas d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	44	0	56	94

## Section 4 Résultats qui découlent des mesures de rendement

STRUCTURES ET PROCESSUS DE GOUVERNANCE	% D'accord	% Neutre	% Pas d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
2 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	44	0	56	86
3 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	56	0	44	93
4 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	56	0	44	96
5 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	78	0	22	96
6 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	44	0	56	93
7 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	44	0	56	96
8 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	11	0	89	94
9 Nous avons des sous-comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	67	0	33	97
10 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion.	56	0	44	96
11 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	33	0	67	93
12 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	56	0	44	95

## Section 4 Résultats qui découlent des mesures de rendement

STRUCTURES ET PROCESSUS DE GOUVERNANCE	% D'accord	% Neutre	% Pas d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
13 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	78	0	22	98
14 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	44	0	56	97
15 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	56	0	44	95
16 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	67	0	33	95
17 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	44	0	56	93
18 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	33	0	67	94
19 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	67	0	33	95
20 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	44	0	56	91
21 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	44	0	56	97
22 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	44	0	56	97
23 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	44	0	56	98
24 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	33	0	67	83

## Section 4 Résultats qui découlent des mesures de rendement

STRUCTURES ET PROCESSUS DE GOUVERNANCE	% D'accord	% Neutre	% Pas d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
25 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	44	0	56	75
26 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	11	0	89	72
27 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	44	0	56	83
28 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	0	0	100	66
29 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	33	0	67	84
30 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	38	0	63	88
31 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	22	0	78	73
32 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	44	0	56	96
33 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	56	0	44	97

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada visités de janvier à juin 2011 qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## **Section 4 Résultats qui découlent des mesures de rendement**

### **4.2.1 Sondage sur la culture de sécurité des patients**

Le Sondage sur la culture de sécurité des patients fournit de précieux renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des patients, ainsi qu'une indication des points forts et des possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des patients et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients avant la visite, par le biais du plan d'amélioration de la qualité du rendement qui se trouve dans le portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

**Période de collecte de données : 11 janvier 2011 au 23 janvier 2011**

**Taux de réponse minimum (fondé sur le nombre d'employés) : 327**

**Nombre de répondants : 567**

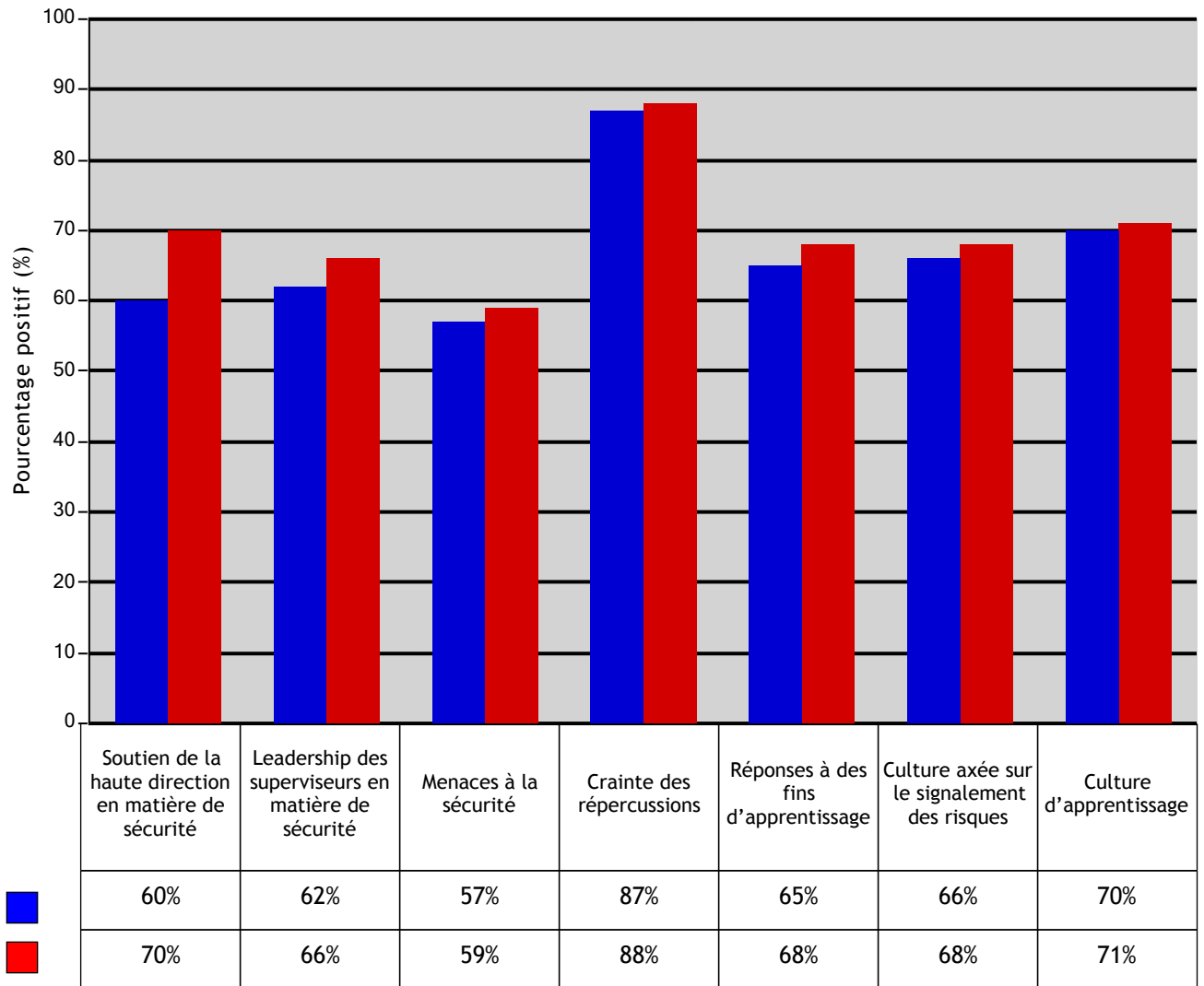
**Taux minimum de répondants ATTEINT**

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

Section 4 Résultats qui découlent des mesures de rendement

Culture de Sécurité des patients: résultats par dimension de la culture de sécurité des patients

Résultats relatifs aux sondage sur la culture de sécurité des patients



Légende

- Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada visités de janvier à juin 2011 qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Section 4 Résultats qui découlent des mesures de rendement

### 4.2 Résultats découlant des outils de sondages du Conseil québécois d'agrément

#### 4.2.2. Sondage sur la mobilisation du personnel

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

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

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

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

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

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

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

## Section 4 Résultats qui découlent des mesures de rendement

### Mobilisation :

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

Code couleur	Indicateurs	Organisation n = 1262			Autres établissements du Québec n = 18813		
		Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif	
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure
ROUGE	Réalisation	69,17	67,84	70,50	75,32	73,41	77,49
JAUNE	Implication	64,21	62,90	65,51	67,92	63,06	73,71
ROUGE	Collaboration	71,01	69,78	72,25	75,10	72,61	77,78
JAUNE	Soutien	62,73	61,44	64,02	65,78	61,31	70,46
JAUNE	Communication	59,07	57,71	60,42	63,35	58,53	68,49
JAUNE	Leadership	60,11	58,71	61,50	66,07	61,33	70,77

## Section 5 Commentaires de l'organisme

Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.

Nous sommes très fiers de la participation et de l'implication de tous les membres du personnel, médecins et bénévoles au CSSS Jeanne-Mance dans le processus d'amélioration continue de la qualité. La visite d'agrément, qui jette un regard externe sur nos pratiques cliniques et administratives, confirme notre culture d'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Les succès soulignés par les visiteurs sont les résultats des efforts investis par tous au cours des trois dernières années, afin d'assurer à nos clientèles des services sécuritaires et de grande qualité. Effectivement, le CSSS Jeanne-Mance s'est conformé à 96% des normes et critères définis par Agrément Canada.

Les défis d'amélioration identifiés sont directement en lien avec les travaux déjà entrepris contenus dans nos plans d'amélioration continue de la qualité, notamment :

- Bien qu'ayant complété avec succès les exigences du bilan comparatif des médicaments pour 2011, finaliser l'implantation de celui-ci pour l'ensemble des clientèles visées selon le plan de déploiement déjà adopté;
- Intégrer les bénévoles, les usagers et leurs proches au plan de formation des mesures d'urgence;
- Compléter les évaluations des risques de violence en milieu de travail dans l'ensemble de nos installations concernées;
- Même si des registres de formation liés à l'utilisation des pompes volumétriques existent dans plusieurs sites, mettre en place un registre de formation centralisé.

Bien que les visiteurs aient reconnu que la qualité et la diversité des moyens de communication déployés au CSSS Jeanne-Mance pour rejoindre la population du territoire, les employés et les partenaires étaient dignes de mention, nous croyons que la communication demeure un défi constant. En effet, nous sommes toujours à la recherche de stratégies novatrices et efficaces.

Enfin, nous sommes très heureux que les visiteurs aient souligné l'importance de la culture de sécurité et de mesure que possède l'établissement et qu'ils aient apprécié la profondeur des liens qui nous unissent aux partenaires de la communauté.

**Annexe A Processus prioritaires**

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

Processus prioritaire	Description
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins de la communauté et de la population desservies.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation appropriées des ressources.
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité aux clients.
Gestion intégrée de la qualité	Processus continu, proactif et systématique pour comprendre, gérer et communiquer la qualité dans l'ensemble du système afin d'atteindre les buts et les objectifs.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Détermination des problèmes et dilemmes d'éthique et prise de décisions à leur égard.
Communication	Communication entre les divers échelons de l'organisme et avec les partenaires externes.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires afin de réaliser la mission, la vision et les buts.
Préparation en vue de situations d'urgence	Faire face aux urgences et à d'autres aspects relevant de la sécurité publique.
Cheminement des clients	Déplacement sans heurt et en temps opportun des clients et de leurs familles entre les services et les milieux de soins appropriés.
Équipement et appareils médicaux	Matériel et technologies conçus pour aider au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration des services pour répondre aux besoins des populations de l'ensemble du continuum de soins.

**Annexe A Processus prioritaires**

Processus prioritaire	Description
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat, à l'innovation et à l'action.

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

Processus prioritaire	Description
Analyses de biologie délocalisées	Services d'analyse effectués à l'extérieur du laboratoire, près de l'endroit où les soins sont dispensés au client, de manière à ce que les praticiens soient mis au courant de la présence de problèmes de santé, ainsi que les procédures et processus utilisés par ces services.
Transplantation d'organes	Services de transplantation offerts, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi.
Direction clinique	Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.
Compétences	Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficaces.
Épisode de soins	Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.
Aide à la décision	Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.
Impact sur les résultats	Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.
Gestion des médicaments	Prestation interdisciplinaire des services de pharmacie.
Don d'organes provenant de donneurs vivants	Services de dons offerts à partir de l'identification d'un donneur potentiel jusqu'à la gestion du don et le prélèvement de l'organe.
Prévention des infections	Mesures prises par le personnel dans les établissements de santé pour réduire la transmission et l'acquisition d'agents infectieux.
Interventions chirurgicales	Prestation de soins chirurgicaux sécuritaires, de la préparation du client jusqu'à la salle de réveil et au congé, en passant par l'intervention même en salle d'opération.

## Annexe A Processus prioritaires

Processus prioritaire	Description
Services de diagnostic - Imagerie	Disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour fournir aux praticiens des soins de santé de l'information sur la présence, la gravité et les causes des problèmes de santé ainsi que sur les procédures et les processus utilisés par ces services.
Services de diagnostic - Laboratoire	Disponibilité de services de laboratoires pour fournir aux praticiens des soins de santé de l'information sur la présence, la gravité et les causes des problèmes de santé ainsi que sur les procédures et les processus utilisés par ces services.
Laboratoires biomédicaux et banques de sang	Processus sécuritaires pour disposer du sang et des produits sanguins labiles, de la sélection du donneur et du prélèvement sanguin jusqu'au moment de la transfusion.