

PROGRAMME CONJOINT

Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément



Sommaire

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 sommaire fait partie du rapport d'agrément, mais peut également être utilisé comme un document distinct servant à informer vos partenaires. Il renferme le type d'agrément qui vous a été décerné et souligne certaines de vos activités liées à l'agrément et certains résultats de la visite.

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

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

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale



Pierre Corriveau
Président

Table des matières

1.0 Sommaire	1
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	3
1.4 Analyse selon les sections de normes	4
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8

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

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
Total	771	35	42	848

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
Normes relatives à l'ensemble de l'organisme									
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
Normes sur l'excellence des services									
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
Normes sur l'excellence des services									
Soins et services à domicile	45(92%)	4(8%)	0	51(100%)	0(0%)	3	96(96%)	4(4%)	3
Total	321(95%)	18(5%)	27	450(96%)	17(4%)	15	771(96%)	35(4%)	42

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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
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
But en matière de sécurité des patients : Communication	
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
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
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
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
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
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
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
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes	
Stratégie de prévention des chutes	Conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
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.