



AGRÉMENT CANADA



Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's

Québec, QC

Dates de la visite d'agrément : 10 au 14 mars 2013

Date de production du rapport : 28 mars 2013



**ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA**

Driving Quality Health Services

Force motrice de la qualité des services de santé

Agréé par l'ISQua

Au sujet du rapport

Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en mars 2013. Ce rapport d'agrément 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 se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport d'agrément.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

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

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

Un mot de la présidente-directrice générale d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à 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, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans 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.

Je vous remercie du leadership et de 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 pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	3
1.4 Analyse selon les normes	4
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	6
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	11
2.0 Résultats détaillés de la visite	13
2.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	14
2.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	14
2.1.2 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	16
2.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	17
2.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	18
2.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	19
2.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	21
2.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	22
2.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	23
2.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	24
2.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	25
2.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	26
2.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	28
2.2.1 <i>Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels</i>	29
2.2.2 <i>Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang</i>	30
2.2.3 <i>Ensemble de normes : Normes de gestion des médicaments</i>	31
2.2.4 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	32
2.2.5 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	34
2.2.6 <i>Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux</i>	35
2.2.7 <i>Ensemble de normes : Services de réadaptation</i>	36
2.2.8 <i>Ensemble de normes : Services de santé communautaire</i>	39
2.2.9 <i>Ensemble de normes : Services de soins de longue durée</i>	42
2.2.10 <i>Ensemble de normes : Soins ambulatoires</i>	46
2.2.11 <i>Ensemble de normes : Soins et services à domicile</i>	49

3.0 Résultats des outils d'évaluation	51
3.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	51
3.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	55
3.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	57
Annexe A Programme Qmentum	58
Annexe B Processus prioritaires	59

Section 1 Sommaire

Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et 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.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

1.1 Décision relative au type d'agrément

Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé avec mention d'honneur

L'organisme atteint le plus haut niveau de résultats possible et fait preuve d'excellence dans sa conformité aux exigences du programme d'agrément.

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 10 au 14 mars 2013**

- **Emplacements**

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

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

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

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

Normes 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 laboratoires biomédicaux
- 8 Services de santé communautaire
- 9 Services d'imagerie diagnostique
- 10 Laboratoires et banques de sang
- 11 Services de soins de longue durée
- 12 Services de réadaptation
- 13 Banques de sang et services transfusionnels









- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance
- 2 Sondage sur la culture de sécurité des patients
- 3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	51	3	1	55
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	51	0	11	62
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	283	9	72	364
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	102	1	2	105
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	94	2	7	103
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	31	0	3	34
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	404	10	175	589
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	48	0	9	57
Total	1064	25	280	1369

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur la gouvernance	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	34 (100,0%)	0 (0,0%)	0	78 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Normes sur le leadership	44 (100,0%)	0 (0,0%)	2	83 (98,8%)	1 (1,2%)	1	127 (99,2%)	1 (0,8%)	3
Services d'imagerie diagnostique	58 (98,3%)	1 (1,7%)	8	56 (96,6%)	2 (3,4%)	3	114 (97,4%)	3 (2,6%)	11
Prévention des infections	46 (93,9%)	3 (6,1%)	4	40 (90,9%)	4 (9,1%)	0	86 (92,5%)	7 (7,5%)	4
Banques de sang et services transfusionnels	25 (100,0%)	0 (0,0%)	17	10 (100,0%)	0 (0,0%)	7	35 (100,0%)	0 (0,0%)	24
Laboratoires et banques de sang			81			95	35 (100,0%)	0 (0,0%)	176
Normes de gestion des médicaments	67 (97,1%)	2 (2,9%)	7	48 (94,1%)	3 (5,9%)	1	115 (95,8%)	5 (4,2%)	8
Services de laboratoires biomédicaux	3 (100,0%)	0 (0,0%)	13	3 (100,0%)	0 (0,0%)	33	6 (100,0%)	0 (0,0%)	46
Services de réadaptation	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	68 (100,0%)	0 (0,0%)	0	95 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services de santé communautaire	12 (100,0%)	0 (0,0%)	1	51 (92,7%)	4 (7,3%)	0	63 (94,0%)	4 (6,0%)	1
Services de soins de longue durée	24 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (98,6%)	1 (1,4%)	1	94 (98,9%)	1 (1,1%)	1
Soins ambulatoires	36 (100,0%)	0 (0,0%)	2	74 (100,0%)	0 (0,0%)	1	110 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Soins et services à domicile	39 (100,0%)	0 (0,0%)	1	47 (92,2%)	4 (7,8%)	1	86 (95,6%)	4 (4,4%)	2
Total	425 (98,6%)	6 (1,4%)	136	584 (96,8%)	19 (3,2%)	143	1009 (97,6%)	25 (2,4%)	279

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Abréviations dangereuses (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de réadaptation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Soins et services à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de réadaptation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle (Normes sur le leadership)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de réadaptation)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins et services à domicile)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Concentrations de médicaments (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Électrolytes concentrés (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Services de réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins et services à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Sécurité liée à l'héparine (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de stérilisation (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Vérification de l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

L'Hôpital Jeffery Hale-Saint-Brigid's est un établissement public, bilingue. Il contribue à la santé et au bien-être de la population de la région en collaboration avec ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et de la communauté. L'Hôpital Jeffery Hale-Saint-Brigid's a une longue tradition de répondre aux besoins de la communauté d'expression anglaise de la région de Québec. L'organisation actuelle est le résultat du regroupement en 2007 de l'Hôpital Jeffery Hale et de Saint Brigid's Home. Les services communautaires ont été offerts à la communauté anglophone depuis la création du Centre Holland en 1990. Il offre des services généraux et communautaires de première ligne à tous les groupes d'âge de même que des services variés destinés aux personnes en perte d'autonomie.

L'organisation participe à sa deuxième démarche d'agrément. Depuis la visite précédente en 2010, l'organisation a mis des efforts considérables pour se conformer aux normes d'Agrément Canada. En conséquence, l'organisation est très bien préparée pour la visite d'agrément. Un niveau important de rigueur a été utilisé dans la préparation de tous les documents mis à disposition pour révision au cours de la visite.

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration de l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's est composé d'un groupe de personnes dévouées, engagées pour l'organisation. Certains membres ont siégé au conseil d'administration depuis plusieurs années alors que d'autres ont rejoint le conseil d'administration plus récemment. En février 2012, quatre nouveaux membres ont été ajoutés au conseil d'administration conformément aux exigences provinciales. Le plan stratégique 2012-2015 a été élaboré sous la supervision du conseil d'administration et avec la contribution des partenaires internes et externes. Le nouveau plan décrit très bien les priorités de l'organisation pour les trois prochaines années. Le conseil d'administration doit supporter et encadrer la vision stratégique organisationnelle pour soutenir l'établissement dans le défi de l'équilibre entre les besoins de la population et les ressources disponibles.

La communauté et les partenariats

L'équipe de direction travaille en étroite collaboration avec ses partenaires de la communauté afin d'identifier les besoins de santé de la communauté anglophone. Par la mission spécifique à l'égard de la population d'expression anglaise, l'offre de service s'interface dans les quatre réseaux locaux de la région de la Capitale-Nationale. Les ententes formelles se sont conclues avec les partenaires. Il y a une représentation large du personnel de l'organisation à toutes les activités, des comités et à des activités dans la région. Les partenaires expriment un niveau élevé de confiance et de satisfaction dans leurs relations avec l'organisation. Ils considèrent que l'organisation défend très bien sa position. Les partenaires communautaires décrivent l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's comme étant un excellent partenaire.

La direction

Le comité de direction fournit à l'organisation un leadership fort et solide. L'équipe de direction est passionnée, compétente et dévouée à l'organisation. L'équipe a la capacité de mobiliser le personnel et mettre en place les moyens requis pour améliorer de façon concrète, la sécurité et la qualité des soins et services à l'Hôpital Jeffery

Hale-Saint Brigid's. L'équipe doit poursuivre ses efforts pour implanter globalement son plan de sécurité à tous les niveaux de l'organisation.

La dotation en personnel et la qualité de vie au travail

Le personnel est dédié, compétent et attentif aux besoins de la clientèle. Le personnel a accès aux programmes de formation et à l'information requise afin de fournir en toute sécurité des soins et des services. L'organisation s'est récemment impliquée activement dans le programme Entreprise en santé. L'organisation est félicitée pour cette décision. Plusieurs acteurs clés prendront leur retraite dans un avenir proche. Par conséquent, il est important que l'organisation poursuive son plan de relève.

La prestation des soins et services

L'organisation mérite des éloges pour le haut niveau de qualité de tous ses programmes et services cliniques.

L'utilisation des meilleures pratiques est répandue parmi les équipes multidisciplinaires. Une approche interdisciplinaire est valorisée et la participation des médecins est à souligner.

Les trois conseils professionnels sont très présents dans l'organisation et participent activement à faire en sorte que les pratiques professionnelles sont mises à jour et fondées sur les données probantes.

La satisfaction des clients

En 2010 – 2012, le comité des usagers, avec l'aide d'un consultant, a mené un processus de consultation sur le niveau de satisfaction de la clientèle. Les résultats démontrent un niveau de satisfaction très élevé. Très peu de plaintes sont reçues par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Toutes les plaintes sont examinées avec soin et des solutions sont trouvées dès que possible avec la collaboration de l'équipe de direction et les différentes équipes et comités. Les deux comités de résidents et le comité des usagers sont très présents dans l'organisation. Les membres de ces comités fournissent un service important en offrant de l'aide aux familles, aux résidents et à la clientèle.

Section 2 Résultats détaillés de la visite

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

Les dirigeants de l'organisation, sous la supervision du conseil d'administration, ont élaboré le plan stratégique 2012-2015 avec une large participation des partenaires internes et externes. Le processus d'élaboration du plan stratégique a inclus une révision de l'énoncé de mission et les valeurs de L'Hôpital Jeffery Hale-Saint Bridgid's. Les objectifs spécifiques, les résultats attendus et les indicateurs de résultats ont été déterminés pour permettre d'atteindre les actions prioritaires identifiées dans le plan stratégique. Le conseil d'administration est informé du progrès du plan stratégique tous les six mois et à la fin de l'année.

Le personnel d'encadrement élabore des plans opérationnels annuels avec la participation de leurs équipes. Les plans opérationnels comprennent des objectifs spécifiques que l'équipe entend mener au cours de l'année. Ils sont développés pour appuyer l'atteinte des plans de l'organisation et d'orienter les activités quotidiennes.

L'équipe de direction est consciente des principes de gestion du changement et utilise cette approche pour assurer le succès de la mise en œuvre des changements dans l'organisation.

L'énoncé de valeurs de l'établissement inclut le respect, la discrétion, le professionnalisme, l'empathie, la courtoisie et l'équité. Les valeurs sont communiqués aux employés, bénévoles, familles et usagers. Ces valeurs sont la base du code d'éthique de l'établissement et sont clairement identifiées dans le plan stratégique 2012-2015. Un comité d'éthique clinique est en place et a comme mandat l'application du code d'éthique de l'établissement.

L'équipe de direction travaille en étroite collaboration avec ses partenaires de la communauté afin d'identifier les besoins de santé de la communauté anglophone. Par la mission spécifique à l'égard de la population d'expression anglaise, l'offre de service s'interface dans les quatre réseaux locaux de la région de la Capitale-Nationale. Les ententes formelles se sont conclues avec les partenaires privilégiés, le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, le Centre de santé et services sociaux de Québec-Nord et le Centre jeunesse Québec. En travaillant en étroite collaboration avec ces partenaires afin de coordonner les services à la population anglophone, l'équipe de gestion reste très au courant des besoins changeants de la communauté. L'équipe a accès à plusieurs documents et rapports sur les statistiques, les changements démographiques et les projections sur les besoins futurs de la population.

Depuis trois ans, les institutions et les organismes de la communauté anglophone, incluant des milieux scolaires, religieux, communautaires et philanthropiques, ont collaboré pour mettre en place le projet « Jeffrey Hale-Saint Brigid's : Une communauté de soins ». Une table de concertation communauté-réseau est également mise à la contribution pour assurer la continuité des actions communes. En 2012, le 1er forum communautaire du Jeffrey Hale sur la santé et le bien-être des personnes d'expression anglaise de la région de Québec a eu lieu. L'organisation est félicitée pour cette initiative unique qui permet un échange d'information et d'expertise entre la communauté et les divers partenaires qui offrent des services.

2.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance

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

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 de l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's est composé d'un groupe de personnes dévouées, engagées pour l'organisation et sa vision stratégique. Certains membres ont siégé au conseil d'administration depuis plusieurs années alors que d'autres ont rejoint le conseil d'administration plus récemment. En février 2012, quatre nouveaux membres ont été ajoutés au conseil d'administration, conformément aux exigences provinciales.

Le conseil supervise le processus de planification stratégique de l'établissement. Au printemps 2012, le conseil a adopté le nouveau plan stratégique 2012-2015, suite de multiple consultation auprès des instances internes et externes.

Pour aider le conseil d'administration à assumer ses responsabilités, plusieurs sous-comités sont en place, y compris le comité administratif, le comité de gouvernance et d'éthique, le comité de vérification, le comité de vigilance et de la qualité, le comité de révision des règlements et le comité pour l'évaluation du directeur général. Les comités permettent au conseil d'administration de recevoir l'information nécessaire pour exercer ses fonctions.

Un code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs est en vigueur depuis 2004. Le comité de gouvernance et d'éthique avise le conseil d'administration sur toute question reliée à l'éthique et à la déontologie. En plus, il produit un rapport annuel de ses activités.

Le comité de gouvernance et d'éthique est chargé de proposer sous peu une politique et un processus d'évaluation de la contribution des individus inspirée de celle du modèle de l'AQESSS. Le comité est encouragé à compléter ce processus.

Le conseil est reconnu pour son souci de tenir la communauté informée des développements récents et des décisions prises. Un rapport annuel de gestion fournit des informations spécifiques sur les réalisations de l'année. Le « Rapport à la Communauté » présente les faits saillants de l'année ainsi qu'un aperçu des orientations de l'organisation. Le document mensuel « Au Courant » présente à la communauté un résumé des faits saillants de la dernière réunion du conseil d'administration.

Le commissaire aux plaintes et à la qualité est présent à chaque réunion du conseil. Il y présente des informations sur les plaintes reçues, l'approche utilisée ainsi que les résultats de chaque intervention. Un rapport annuel est également préparé et présenté par le commissaire au conseil d'administration.

Le conseil démontre son engagement envers la reconnaissance du personnel, des bénévoles et des stagiaires pour leurs travaux d'amélioration de la qualité. Le prix « Ovation » souligne la contribution exceptionnelle du personnel à l'égard d'une situation qui a été résolue ou qui a été améliorée. Chaque année, une soirée spéciale, Gala reconnaissance, est organisée pour célébrer le dévouement et la loyauté du personnel de l'organisation.

2.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Le processus de planification budgétaire est très structuré et fait partie du cycle normal de planification de l'organisation. En collaboration avec le service des ressources financières, les directeurs et les gestionnaires participent activement à la préparation budgétaire annuelle. La politique sur le processus de budgétisation a été récemment révisée et adoptée par le conseil d'administration. Cette politique définit l'ensemble du processus de planification et de suivi budgétaire en cours d'année. La priorisation des projets d'immobilisations, des équipements médicaux, non médicaux et informatiques est aussi structurée. Le conseil d'administration approuve les budgets, les rapports financiers et les projets d'immobilisation suivant l'analyse et la recommandation du comité de vérification.

Tous les membres de l'équipe de direction et leurs gestionnaires suivent rigoureusement l'utilisation des ressources de l'organisation. Chaque mois, les gestionnaires reçoivent un rapport détaillé qui fournit des informations claires concernant leur domaine particulier sur l'utilisation des heures et des autres dépenses.

Les contributions très généreuses de trois fondations permettent le financement de plusieurs projets visant à améliorer les services à la clientèle et son environnement. Les contributions permettent aussi la tenue d'activités de reconnaissance du personnel et le programme estival de stages pour les étudiants.

Considérant les restrictions budgétaires auxquelles l'organisation est présentement confrontées et les besoins croissants de la clientèle, l'équipe est encouragée à poursuivre les projets d'efficacité et à analyser l'ensemble d'économies possibles.

2.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
10.11 Les politiques et les procédures de l'organisme qui permettent de surveiller le rendement indiquent comment traiter les problèmes liés au rendement de façon juste et objective.	

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

Les ressources humaines de l'organisme ont atteint une plus grande stabilité depuis la visite précédente. De fait, la présence du personnel d'agence a connu une diminution importante. Malgré cela, le temps supplémentaire est demeuré assez stable. La titularisation a été complétée et a permis le rehaussement des postes concernés, ce qui facilite grandement la rétention du personnel. Le recrutement demeure tout de même un défi, mais des stratégies sont en place telle que l'accueil de stagiaire. Le plan des ressources humaines est à jour et les points sensibles sont identifiés.

L'organisme démontre une grande préoccupation pour le développement des ressources humaines. Les activités de formation et de perfectionnement sont nombreuses et le personnel en est très reconnaissant. De plus, l'organisme offre l'opportunité à son équipe de gestionnaires de participer au programme de formation des gestionnaires des établissements de santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale.

L'importance qu'accorde l'organisme aux ressources humaines est à souligner. De fait, les activités de reconnaissance sont nombreuses et une importante démarche pour promouvoir la santé globale en milieu de travail est en cours (Entreprise en santé).

Enfin, l'équipe de la direction travaille en étroite collaboration avec les gestionnaires et a su établir des relations harmonieuses avec les instances syndicales.

2.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

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

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

Depuis la visite d'agrément précédente, l'organisation a continué à déployer des efforts pour mettre en place les éléments nécessaires pour se conformer aux normes d'agrément dans les domaines de l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. L'organisation a créé son propre symbole pour représenter leur engagement actif dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité et du fait que l'amélioration de la qualité est toujours en mouvement, au rythme des meilleures pratiques.

Les mesures de rendement sont établies en lien avec le plan stratégique, les valeurs organisationnelles et les priorités annuelles. La fréquence des rapports est déterminée selon les besoins des instances concernées et les lois en vigueur. Pour l'année 2012-2013, l'organisation a identifié six actions prioritaires en vue d'atteindre l'objectif d'assurer la qualité, la sécurité et la compassion dans toute l'organisation. L'état d'avancement de ces actions est évalué tous les six mois.

Le comité de gestion des risques et de la qualité, sous le leadership de la directrice des soins infirmiers et de la qualité, tient des réunions quatre fois par année. Le directeur général et un représentant du comité de vigilance et de la qualité sont membres réguliers de ce comité. L'ajout d'une conseillère en gestion des risques avec les responsabilités envers la promotion, l'implantation et l'application du programme de gestion des risques et l'amélioration continue a eu un résultat positif. Elle offre une aide importante pour assurer le suivi de tous les incidents et les accidents. Elle joue également un rôle important dans la sensibilisation du personnel sur les risques et la qualité.

Des rapports sur les risques et la qualité sont fournis au comité de gestion des risques et de la qualité, au comité de gestion générale, au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration quatre fois par année. Les informations sont fournies sous forme de tableaux de bord. L'équipe mérite les éloges pour l'excellente qualité de tous les documents présentés aux différents comités.

La sécurité fait l'objet d'une priorité stratégique. Un plan de sécurité est élaboré et mis en œuvre. Les membres du conseil appuient les activités menées et accordent un suivi aux recommandations présentées dans les rapports.

Les résultats de la gestion des risques et des activités d'amélioration de la qualité sont diffusés sous diverses formes. Un bulletin d'information régulier, « Action prévention », porte la prévention et a comme thème : informer, prévenir, contrôler.

L'organisation favorise une culture de déclaration des incidents, des accidents et des problèmes courants associés à la sécurité des résidents et des usagers ainsi que leur divulgation. Il existe une politique et un processus structuré de divulgation des accidents aux résidents, aux usagers et aux familles.

L'équipe est félicitée pour le développement de processus et de politiques relatives à la gestion des risques et l'amélioration continue de la qualité et pour les programmes de formation et des séances de sensibilisation mise à la disposition du personnel.

L'implémentation du programme sur la gestion des risques et l'amélioration de la qualité a eu lieu sur une courte période de temps. Une quantité importante d'information ainsi que les nouveaux processus ont été présentés au personnel. En conséquence, les équipes n'ont pas encore pleinement approprié ces différentes approches nouvelles. Elles sont au courant des concepts et connaissent les politiques et les procédures, mais ne sont pas encore autonomes dans leur application. Il est suggéré que des stratégies soient identifiées pour accompagner le personnel à tous les niveaux de l'organisation à assumer leur rôle dans l'application des politiques et des procédures relatives à la gestion des risques et l'amélioration de la qualité.

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

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

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

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

L'organisation encourage la réflexion éthique. Divers moyens sont proposés : le code d'éthique, le cadre de référence en matière d'éthique et déontologie, le cadre de prise de décision éthique, le code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs, le comité de gouvernance et d'éthique et le comité d'éthique clinique.

Le code d'éthique définit les valeurs de l'organisation et fournit un code de conduite qui présente divers exemples de comportements qui montrent le respect de chacune des valeurs. Sont également inclus dans le code d'éthique, une liste des responsabilités des usagers et les proches aidants. Un comité du code d'éthique joue un rôle important dans la sensibilisation du personnel sur les valeurs de l'organisation.

La direction des soins infirmiers et de la qualité assume la responsabilité d'assurer que le milieu soit doté des cadres de référence et des outils requis pour inclure les considérations éthiques dans ses processus de décision. Elle s'assure aussi que des forums de discussions éthiques sont en place et adéquatement animés.

Le comité d'éthique clinique se rapporte directement au conseil d'administration. Figure parmi les membres un éthicien et un juriste, au besoin. Le comité a développé un cadre de référence ainsi que des outils pour faciliter la référence de situations cliniques. Ses fonctions sont principalement de quatre ordres de responsabilité : éducation et information, consultative, conseil institutionnel et révision. Le comité se réunit toutes les six semaines.

Les éléments essentiels pour la gestion des questions d'éthique sont en place. Il reste à offrir des séances d'information sur les aspects éthiques au personnel.

2.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

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

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

L'organisation peut compter sur un nombre impressionnant d'organismes communautaires avec lesquels elle a établi des partenariats importants, solides et de longue date. Plusieurs organismes communautaires partagent avec l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's la mission d'offrir des services à la communauté anglophone. Ces partenaires communautaires incluent les fondations, les établissements d'enseignement, les organisations religieuses, ainsi que le réseau communautaire de santé et de services sociaux.

Les partenariats développés avec le secteur public sont fructueux. Les équipes contribuent aux discussions régionales pour assurer la coordination et le développement des services.

Il y a une préoccupation importante au niveau des dirigeants au regard de la communication. Chaque projet majeur comprend un plan de communication telle que le « Plan de communication – Projet secteur PALV ».

Le plan de communication 2012-2015 a été préparé par la conseillère en communication et a comme objectif principal de soutenir l'atteinte des objectifs stratégiques de l'organisation.

Les lignes directrices sont disponibles sur la manière de communiquer efficacement par écrit. L'équipe est félicitée pour son utilisation d'un langage clair et pour son utilisation d'exemples concrets afin d'illustrer des idées ou des concepts. La documentation de l'organisation est digne de mention.

La refonte de l'intranet est une belle réussite. Les modifications apportées sont le fruit de commentaires reçus des utilisateurs du système. Le système est maintenant facile d'utilisation et l'accès à l'information a été grandement facilité.

Il existe des processus variés de moyens de communication, de manières formelles et informelles. Ceux-ci rejoignent tant l'interne que l'externe. Des arrimages aux fins de communication existent de manière forte entre le conseil d'administration et la communauté. La publication « Au courant » présente les points saillants des réunions du conseil d'administration les plus récentes. Une autre publication, « Rapport à la communauté, les faits saillants de 2011-2012 et aperçus de nos orientations » est un excellent résumé bilingue du rapport annuel.

2.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Lors de la visite des installations de l'Hôpital Jeffery Hale et Saint-Brigid's, il a été constaté que l'environnement est ordonné et bien organisé. Plusieurs projets de réaménagement sont en train d'être réalisés ou sont en phase de planification. L'équipe est reconnue pour la réussite de la nouvelle pharmacie qui offre un environnement de travail qui répond aux besoins du personnel.

L'équipe responsable de l'entretien de l'environnement physique est bien consciente de tous les changements nécessaires pour répondre aux lois, règlements et codes en vigueur. À la suite d'une vérification d'envergure qui a été menée par un consultant extérieur, l'équipe a été mise au courant des changements requis et cette information est utilisée afin de prioriser les projets. Des plans détaillés sur les projets de construction et les projets d'aménagement sont disponibles. La gestion rigoureuse de tous les documents relatifs aux projets assiste l'équipe dans la coordination des différentes interventions requises.

L'organisation est très sensibilisée à la protection de l'environnement. L'organisation a été le récipiendaire du Prix d'excellence en gestion de l'efficacité énergétique 2012 décerné par L'AQESSS.

Un nouveau logiciel pour la gestion des activités en entretien ménager a été implanté récemment. Il sert à assurer un suivi plus rigoureux de la propreté de l'environnement. Un nouvel outil informatique permet aux services techniques à recevoir des demandes, de les prioriser et de déterminer le temps de gestion de la demande. Le personnel signale que leurs demandes sont reçues et traitées en temps opportun.

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

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

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

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

Le plan de mesures d'urgence de l'organisme est un modèle à suivre. Facile à consulter, les rôles et responsabilités de chacun sont clairs et décrites de façon concise et précise.

L'ensemble du personnel a accès à la formation et une solide équipe de 1ers répondants est en place. Des exercices de jour, de soir et de nuit ont été effectués avec succès. Ils ont permis d'évaluer la capacité de l'organisme à répondre aux situations de sinistres éventuels et de modifier les procédures, le cas échéant. Ce type d'exercice est prévu annuellement.

L'organisme est identifié par l'agence régionale comme site receveur. Le défi actuel est donc de s'assurer de tout mettre en place afin de répondre efficacement au mandat.

2.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

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

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

Afin d'améliorer l'accès aux services de santé et services sociaux pour la clientèle anglaise, un guichet d'accès bilingue a été implanté depuis 2011. Actuellement, l'équipe de professionnels est composée de deux travailleuses sociales et deux infirmières.

Des processus sont en place afin d'optimiser le cheminement des usagers. De l'information est recueillie et analysée afin de détecter les obstacles. Actuellement, le principal défi se situe au niveau de la liste d'attente en gériatrie communautaire.

2.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Prévention des infections	
12.2 Pour chaque pièce d'équipement et appareil contaminés, un membre du personnel dûment formé utilise un système de classification reconnu pour déterminer si la stérilisation est requise.	!
12.18 L'organisme dispose d'un programme de contrôle de la qualité de ses processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des appareils ou instruments réutilisables.	!
Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique	
8.1 La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement et de stérilisation dans l'organisme passe en revue et approuve les installations de l'équipe ainsi que les politiques et procédures de nettoyage et de retraitement.	
8.8 L'équipe suit les politiques et les procédures de l'organisme et les instructions du fabricant pour choisir des méthodes appropriées de nettoyage, de désinfection et de retraitement.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisme mérite des félicitations pour son programme d'entretien préventif informatisé d'inventaire d'équipements, de suivi des entretiens préventifs et de registre des réparations de son parc d'équipements. Ce programme permet la traçabilité de toutes les demandes d'interventions et diminue l'utilisation du papier. L'organisme fait partie du groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec qui favorise les achats de groupe. L'équipe ne dispose pas de service de génie biomédical, mais elle pourrait s'associer au groupe génie biomédical d'un hôpital qui répondrait à leur besoin. Pour améliorer le processus d'achat dans l'organisation, l'équipe est encouragée à mettre sur pied un comité de validation du plan de consultation des équipements médicaux.

Un plan de communication s'adressant aux utilisateurs portant sur le rôle et les actions réalisées par les services techniques pour assurer un parc d'équipements sécuritaire serait apprécié afin de permettre aux utilisateurs d'être informé de la contribution essentielle à la qualité et la sécurité des services aux clients au regard des équipements et instruments médicaux.

L'organisme a désigné une personne qui détient une attestation de formation du Cégep Saint-Laurent en retraitement des endoscopes flexibles et les compétences nécessaires pour assumer la responsabilité de la coordination de toutes les activités de retraitement et de stérilisation dans le service d'endoscopie. Elle suit des formations pertinentes annuellement portant sur la stérilisation et le retraitement par l'intermédiaire d'établissement accrédité.

L'organisme s'assure de la régulation de l'air, de la ventilation, de la température, de l'humidité relative et de l'éclairage adéquate dans les zones de décontamination, de retraitement et d'entreposage et la stérilisation pour le service d'endoscopie.

L'organisation est encouragée à revoir au complet de façon urgente son processus de nettoyage et de décontamination, ses aires de nettoyage, ses zones d'entreposages propres, sa plomberie et ses canalisations réservées à ces activités ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats. Les comptoirs ne sont pas en acier inoxydable au Jeffery Hale afin de répondre aux normes exigées. À Saint Brigid's, le matériel jetable est utilisé pour tous les instruments médicaux. À la suite de nos constatations lors de cette visite, l'organisation regarde la possibilité d'utiliser des petits instruments jetables qui pourraient certainement répondre aux normes requises et permettraient de réduire les risques d'infection.

2.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

Services de diagnostic - Imagerie

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

Services de diagnostic - Laboratoire

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

Banques de sang et services transfusionnels

- Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.

2.2.1 Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels	
<p>Une entente est en place avec le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) pour les demandes de sang et produits sanguins. Les politiques et procédures sont développées par le CHUQ. Le processus pour acheminer les demandes et les produits sanguins est formalisé et intégré dans la pratique infirmière et médicale. L'équipe administre des transfusions de sang 3 à 7 fois par année. Le WINRHO est administré à la clinique prénatale, 2 à 5 fois par année.</p> <p>Le manuel pour l'administration des produits sanguins est disponible sur l'intranet, les étages et à l'urgence. Le personnel a identifié les politiques et procédures qu'il utilise dans le manuel et démontre une bonne connaissance des procédures à suivre, telles que la double identification, réaction potentielle, la surveillance après la transfusion, etc.</p> <p>L'organisme ne fait pas de transfusion en situation d'urgence ou autre situation à haut risque; cette clientèle est acheminée vers les hôpitaux de première ligne.</p>	

2.2.2 Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
Cette section de normes ne s'applique pas à cet établissement.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
Le service diagnostic laboratoire n'est pas offert par cette organisation. Le laboratoire à l'Hôpital Jeffery Hale est fermé depuis le 23 septembre 2012.	

2.2.3 Ensemble de normes : Normes de gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
2.1 L'organisme, incluant les organismes communautaires, se conforme à des critères écrits pour ajouter ou retirer des médicaments de la liste.	
3.9 L'organisme dispose d'une politique et d'un processus pour gérer les pénuries de médicaments.	
3.11 La pharmacie dispose d'une politique et d'un processus d'identification et de résolution des problèmes liés aux expéditions de médicaments.	!
8.1 Le personnel de la pharmacie établit et suit une politique et un processus de surveillance des produits chimiques en vrac incluant ceux utilisés régulièrement ou considérés comme dangereux.	!
22.3 L'organisme dispose d'un programme de contrôle de la qualité pour la pharmacie.	

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Les professionnels et le personnel de la pharmacie font partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire de l'organisme. L'équipe a su développer une pratique en étroite collaboration avec les médecins, le personnel et les prestataires de service. La disponibilité et le soutien clinique offert par l'équipe de professionnels sont à souligner.

Cette façon de faire a fait en sorte que la mise en place du système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments (SARDM) est un franc succès. À cet effet, un comité mis en place et regroupant les principaux acteurs a permis une participation accrue du personnel concerné, ce qui a grandement facilité la recherche de solutions en équipe et conséquemment l'adhésion aux nombreux changements apportés à l'ensemble du circuit du médicament.

Le leadership et la participation active des pharmaciennes à l'élaboration du BCM sont dignes de mention. Cette contribution a permis la réalisation du BCM à l'admission, au transfert et au congé pour l'ensemble de la clientèle admise dans l'établissement.

Plusieurs politiques, procédures et processus relatifs à la sécurité des usagers sont établis.

Un comité de pharmacologie est en place et fonctionnel. La participation du service de la pharmacie est acquise au comité de gestion de la qualité. Une des prochaines étapes à franchir est l'élaboration d'un programme de la qualité regroupant l'ensemble des activités relatives à l'amélioration continue de la qualité.

Il est suggéré de revoir périodiquement la liste des médicaments dans les armoires de nuit de même que celle du commun afin de diminuer au minimum le contenu de ces réserves.

2.2.4 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
5.1 L'organisme élabore un programme de formation en matière de prévention des infections qui est adapté à l'organisme, à ses services et aux clientèles qu'il dessert.	
5.4 Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles participent au programme de formation sur la prévention des infections au moment de leur orientation et régulièrement par la suite.	
5.5 L'organisme offre de la formation et du perfectionnement sur la prévention des infections aux partenaires, aux autres organismes et à la communauté.	
11.4 L'équipe suit des procédures précises pour manipuler, nettoyer et désinfecter l'équipement mobile des clients.	!
12.7 L'organisme vérifie la concentration de ses désinfectants à chaque jour à l'aide des bandelettes de test appropriées, et il élimine les désinfectants qui sont préparés depuis plus de deux semaines, même après vérification de la concentration.	

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

Processus prioritaire : Prévention des infections

Le directeur des services professionnels, la directrice des soins infirmiers et de la qualité ainsi que la conseillère en prévention et contrôle des infections (PCI) assument la responsabilité du service.

L'équipe est soutenue par le comité en PCI, où se retrouvent des représentants des différents secteurs et services. Les membres du comité sont de précieux collaborateurs. Ils soutiennent l'actualisation des différents travaux et agissent à titre d'agents multiplicateurs.

La conseillère, très présente sur les unités de soins, est reconnue pour son expertise et sa grande disponibilité. Elle a su créer un réseau de communication efficace lui permettant d'agir promptement, lorsque requis. Lors d'éclosion, elle soutient les équipes et s'assurent des mesures à mettre en place. Des rencontres quotidiennes sont tenues et un bilan est fait systématiquement lorsque l'épisode d'éclosion se termine.

L'ensemble du personnel et les bénévoles ont accès à un guide en prévention des infections des plus complets. Différents outils ainsi que des aides mémoires sont aussi disponibles dans les unités de soins.

Quoique des formations, notamment sur l'hygiène des mains, soient dispensées ponctuellement aux personnels des soins infirmiers, il est fortement recommandé d'étendre cette pratique à l'ensemble du personnel et des bénévoles. Ces activités de formation relatives entre autres, à l'étiquette respiratoire, l'hygiène des mains et les précautions additionnelles, doivent être offertes le plus près possible des périodes d'accueil, mais aussi, régulièrement par la suite. Des audits doivent être aussi prévus afin de s'assurer de la conformité aux politiques et procédures.

Le personnel en hygiène salubrité et celui assigné à la manipulation des aliments reçoivent la formation spécifique requise. Ils connaissent bien leur rôle et leurs responsabilités en ce qui a trait à la prévention des infections.

Le processus de stérilisation demeure un défi important. Un projet régional en cours depuis un long moment et qui avait comme objectif d'offrir un service de stérilisation centralisé aux établissements vivant une situation semblable, vient malheureusement d'être abandonné.

Actuellement, une entente de service interétablissement relative à la stérilisation des instruments médicaux est conclue avec l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ). En outre, une partie importante du retraitement des instruments est effectuée à Jeffrey Hale dans des locaux désuets. Par conséquent, il est fortement recommandé de réduire au minimum les activités relatives au retraitement qui sont effectuées à Jeffrey Hale et opter pour une solution de rechange tel que l'utilisation de fourniture à usage unique.

2.2.5 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

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

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

17.2 L'équipe inclut les clients, les familles et d'autres organismes dans l'évaluation de la qualité de ses services d'imagerie diagnostique.	!
--	---

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Les services d'imagerie diagnostique du Jeffery Hale sont le seul à avoir un mandat suprarégional. Les services sont offerts sur rendez-vous pour les échographies et sans rendez-vous pour toute autre graphie. Les services sont pour la population 0-100 ans. Les heures d'ouverture sont de 8 h à 23 h 30. Le service a reçu 7872 clients en 10 mois, une augmentation depuis l'année dernière. Il n'y a pas de temps d'attente pour les services de graphies. Les services en échographie ont une attente de une à quatre semaines selon la problématique. Il a une plage horaire réservée chaque jour pour l'urgence et pour l'hébergement. Une clinique d'échographie cardiaque est offerte une fois par semaine avec la présence d'un cardiologue. Le service diagnostique de mammographie n'est pas offert.

L'équipe n'administre aucun médicament ou substance radioactive avant ou après un service d'imagerie diagnostique. Lors de la demande de service, la personne est acheminée pour des services à l'Hôtel Dieu de Québec.

Les rencontres d'équipe ont lieu aux deux semaines. L'information et les suivis des dossiers sont communiqués au personnel lors des ces rencontres. Le partage d'information a amélioré la communication entre les équipes. L'équipe est encouragée à formaliser ce processus.

Des rénovations en imageries diagnostiques ont été effectuées en 2012. Les locaux sont grands, clairs et fonctionnels. Le secteur des vestiaires sont privés et comprend des toilettes accessibles pour les clients qui utilisent des aides à la mobilité. L'ajout d'une table à langer est à envisager. Les équipements sont récents. L'entretien des équipements est réalisé selon les normes du fabricant.

Le manuel des politiques et procédures en imagerie diagnostique est accessible au personnel. La politique pour les urgences médicale est développée et connue du personnel. L'équipe est encouragée à faire des exercices de simulation.

2.2.6 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
Cette section de normes ne s'applique pas à cet établissement.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
<p>Le laboratoire à l'Hôpital Jeffery Hale est fermé depuis le 23 septembre 2012. Une entente "Convention de cession partielle d'activités entre l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's et CHU de Québec" est en place depuis septembre 2012. Les analyses de laboratoire sont maintenant effectuées par le Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL). Les employés du laboratoire sont maintenant payés par le CHUL.</p> <p>Il y a un laboratoire du CHUL dans l'hôpital Jeffery Hale. Un prêt de locaux formel entre le CHUL et l'Hôpital Jeffery Hale. Ce laboratoire fait l'analyse de sang régulier de bas ex. CBC, Créatine, etc.. Les analyses plus approfondies telles que culture, pathologie, etc. sont acheminées vers le CHUL. Le transport est fait à 5-6 fois par jour.</p> <p>De nouvelles feuilles de requête faite par le CHUL sont en place depuis deux mois. L'information au personnel a eu lieu lors des rencontres d'équipes.</p> <p>Des analyses hors laboratoire (glucomètre) sont effectuées par le personnel infirmier. Les contrôles de qualité pour le glucomètre sont effectués aux 92 heures. Les résultats de qualité sont automatiquement envoyés au CHUL. En cas de problématique le CHUL avise immédiatement l'Hopital Jeffery Hale.</p>	

2.2.7 Ensemble de normes : Services de réadaptation

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

La gériatrie communautaire comprend les soins palliatifs, une unité transitoire de récupération fonctionnelle (URTF) et une équipe de consultation spécialisée en gériatrie et gérontopsychiatrie (ECSGG). Les services offerts sont basés sur les besoins de la clientèle ciblée et les meilleures pratiques. Les équipes fonctionnent en interdisciplinarité, les rôles et les responsabilités sont clairs et bien établis au sein des équipes.

La réorganisation des programmes fait suite à un plan de communication et à beaucoup de consultation auprès du personnel. L'équipe profite d'équipements de pointe, variés et disponibles en réadaptation.

Les plans d'amélioration de la qualité indiquent les buts et les objectifs.

Processus prioritaire : Compétences

Le fonctionnement en interdisciplinarité s'observe dans toutes les équipes de réadaptation et dans le respect des spécificités professionnelles.

Les besoins du client sont pris en compte. L'équipe implique le client et sa famille dans la prise en charge de son plan de soins. Les besoins de formation sont identifiés et le perfectionnement est encouragé.

Les activités de reconnaissance sont diversifiées, passant de party des Fêtes, reconnaissance des années de service et autres.

L'évaluation au rendement est complétée selon la procédure mise en place, soit aux deux ans. Chaque membre de l'équipe est évalué de façon objective, interactive et positive.

Une évaluation diagnostique et fonctionnelle du client, de même qu'une évaluation de son milieu de vie avec adaptation si nécessaires sont faites. L'organisation est encouragée à s'assurer de compléter ces évaluations dans toutes les équipes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les références des clients sont gérées efficacement par le guichet du CSSS de la Vieille Capitale. La mise en place d'une infirmière de liaison favorise l'accessibilité aux services. Son mandat consiste à resserrer les liens entre la personne et les services les plus appropriés à ses besoins. L'URTF peut accueillir 16 clients et la durée moyenne de séjour est de trois mois.

Dans les dossiers consultés, le bilan comparatif du médicament (BCM) est implanté à l'UTRF et aussi à l'équipe de consultation spécialisée en gériatrie et gérontopsychiatrie (ECSGG). Le BCM est complété à l'admission et aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites.

Les équipes regroupées en programme visent l'amélioration du continuum des soins et des services.

L'équipe favorise l'autodétermination du client et le recouvrement de son autonomie. Pour y arriver, un plan d'intervention du client est élaboré et suivi par les membres de l'équipe. L'équipe consulte les clients et leur famille lors du développement du plan de service. L'organisation est encouragée à assurer le suivi après le départ ou le transfert d'un client afin de clore l'épisode de soins.

La ECSGG est en manque de quatre médecins qui ont quitté pour leurs retraites. Ils ont réussi à recruter deux nouveaux médecins. Malgré tout, cette situation a occasionné un temps d'attente moyen entre 105 et 146 jours pour évaluer ou prendre en charge les nouveaux clients.

La collaboration et l'implication sont remarquables envers la clientèle desservie par tous les membres de l'équipe.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La qualité de la tenue de dossier est remarquable. Le dossier contient les informations requises aux soins et services offerts aux clients des services de réadaptation. Chaque client a une démarche de plan thérapeutique infirmier (PTI) et est tenue à jour.

Les équipes bénéficient du soutien du chef d'équipe et de spécialiste en activités cliniques. Ce support permet d'intégrer au quotidien les meilleures pratiques et de respecter les lignes directrices fondées sur les données probantes.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le programme de prévention des chutes est en place. Il contient l'évaluation du risque, l'évaluation de prise en charge des chutes, des instruments de la sécurité de l'environnement, l'évaluation du client, entre autres.

L'équipe a implanté de bonnes pratiques et des outils afin de gérer les risques et d'assurer la sécurité des clients.

L'équipe est proactive dans la recherche de données probantes et mène des analyses afin de s'assurer des meilleures pratiques.

2.2.8 Ensemble de normes : Services de santé communautaire

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
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.	
11.8 L'équipe compare ses résultats à ceux d'interventions, de programmes ou d'organismes semblables.	
11.9 L'équipe utilise l'information qu'elle recueille sur la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et apporte des améliorations au moment opportun.	
11.10 L'équipe communique les résultats des évaluations au personnel et à la communauté.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	

Les services communautaires de langue anglaise (type CLSC) sont connus du personnel. Les services répondent aux besoins des populations cibles et aux plans stratégiques. Un partenariat étroit est en place avec les CSSS de la région de Québec. Le personnel participe à des tables de concertation, table régionale de santé publique, etc. Ils sont membres intégraux des équipes.

Les services sont fondés sur les besoins de la communauté, tel que maintenir les activités de prévention offertes par les infirmières scolaires aux primaires et secondaires. L'accessibilité aux services pour la population anglophone est bien définie (Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise 2012-2015). Les francophones ou autres langues

primaires sont référés à leur CSSS. Si urgence, l'évaluation et l'intervention est faite, aucune clientèle n'est refusée.

La population anglophone est de 2 % pour la région de Québec. Les équipes ont développé des moyens créatifs afin de rejoindre les populations anglophones isolées sur plusieurs territoires de CSSS. Le personnel d'encadrement a plusieurs dossiers, mais le personnel est engagé à offrir des services de qualité. Le défi est de maintenir les ressources nécessaires afin d'atteindre les buts et objectifs.

L'organisme a développé un projet avec Québec en Forme; le plan d'action 2013 est en place. L'objectif est de sensibiliser la communauté anglophone (0-18 ans et leur famille) à l'adoption de saines habitudes de vie. Le plan de communication est élaboré.

L'information est communiquée au personnel lors des rencontres d'équipe. L'organisme est encouragé à formaliser ce processus dans les six équipes.

Processus prioritaire : Compétences

Les six équipes ont des rencontres interdisciplinaires régulières pour assurer la prestation des services. La communication est régulièrement faite entre les chefs d'équipes et le chef de programme afin de coordonner et définir les priorités de services. L'organisme est encouragé à offrir de la formation en intervention interdisciplinaire pour améliorer l'approche interdisciplinaire.

Chaque membre de l'équipe possède les titres de compétence nécessaire pour offrir les services. 88 % des appréciations de performances sont faites. L'équipe offre à tous les nouveaux membres une orientation sur leurs tâches et responsabilités.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'information sur les services offerts en anglais est facile à comprendre et accessible à toute la population, par exemple par des brochures. L'équipe répond rapidement aux personnes qui désirent recevoir des services. Les listes d'attente aux services sociaux et ergothérapeute sont gérées régulièrement par le chef de programme et il a peu d'attente. Il n'a pas d'attente pour les services infirmiers. L'accessibilité aux services communautaires est de 8 à 16 heures, par la suite la clientèle est référée aux CSSS de leur territoire.

L'orientation des programmes est centrée sur la population. Un plan d'action en santé publique pour la communauté d'expression anglaise de la Capital-Nationale est développé. Les indicateurs pour examiner la santé de la communauté desservie sont clairs. Il a une bonne collaboration avec l'agence de santé afin d'apporter des améliorations à la santé de la communauté.

La brochure sur le processus de dépôt d'une plainte est claire. La brochure est disponible et remise au client par le professionnel. Il reste à développer un moyen afin de s'assurer que la distribution et l'explication de la brochure par le professionnel sont effectués.

L'équipe travaille en collaboration avec ses partenaires pour coordonner et fournir des services dans divers endroits dans le territoire, tel que les activités du centre de jour, un jour semaine à Valcartier et une fois par mois à Portneuf. L'organisme est encouragé à évaluer globalement les possibilités d'offrir plus de services (0-100 ans) à la clientèle prêts de leur milieu de vie.

Une politique concernant le soutien à l'éthique est développée (2012). Une brochure sur le code éthique est disponible pour la population. Il est suggéré d'offrir des formations aux professionnels sur l'identification d'un cas d'éthique; cela facilitera la consolidation de la politique.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le personnel participe aux tables de concertations et siège aux comités régionaux. Les politiques et les procédures selon les pratiques exemplaires sont développés et accessibles au personnel. L'organisme est encouragé à consolider ces pratiques.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les équipes déterminent les ressources nécessaires pour atteindre ses objectifs. Le personnel est flexible dans leur intervention afin de s'assurer que les services sont offerts selon les besoins de la clientèle.

Le personnel a participé à la formation sur la gestion des risques. Les équipes sont formées pour déceler et signaler les incidents et les accidents. L'analyse est faite par les chefs d'équipes et/ou le chef de programme. Une politique formelle portant sur la façon de communiquer les événements indésirables à la clientèle est en place. L'organisation est encouragée à consolider ces procédures afin d'assurer une intégration du principe « sans blâme » dans la pratique et d'intégrer les analyses et le suivi des incidents/accidents dans les rencontres d'équipe.

L'équipe n'a pas un processus formel pour évaluer leur participation auprès des partenaires. L'organisme ne fait pas formellement de comparaison de ses résultats avec des organismes similaires. Il est encouragé d'identifier des organismes semblables afin de comparer les résultats d'indicateurs. À la suite de cette évaluation, l'équipe pourra utiliser l'information pour l'amélioration de ses services. Le plan d'amélioration pourra être communiqué aux équipes, aux partenaires et à la communauté.

2.2.9 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
4.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>L'équipe des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) connaît bien sa clientèle et les besoins de la population. Elle offre une gamme de services composés de l'hébergement Jeffery Hale et Saint Brigid's, la gériatrie communautaire par son offre de service de l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), et les services de consultation spécialisés en gériatrie et psychogériatrie, ainsi qu'en soins palliatifs qui est en accord avec la mission de l'organisation.</p> <p>L'équipe des soins de longue durée est en accord avec sa mission. Il existe une excellente collaboration entre les partenaires de service de longue durée.</p> <p>L'équipe joue un rôle central au soutien de la communauté d'expression anglaise de la région de Québec en contribuant à son développement et au bien-être de ses membres. Son offre de service est complémentaire dans la gouvernance de la personne âgée de la région avec ces partenaires externes, dont le CSSS de la Vieille-Capitale qui est son principal partenaire. Ces alliances favorisent un bon continuum de services.</p> <p>L'organisation apporte un soutien clinique aux programmes-clientèles par la récente démarche de réorganisation du travail et la promotion du concept « Qualité de vie ».</p> <p>Il y a une programmation d'intervention adaptée aux besoins des clients hébergés comportant des démences, des comportements perturbateurs, une perte d'autonomie qui a permis de répondre aux besoins cette</p>	

clientèle, mais aussi aux besoins des intervenants qui doivent composer quotidiennement avec ces situations complexes.

Un respect empreint d'humanité des résidents est démontré par tous les membres des équipes de longue durée.

L'organisation est encouragée à revoir son volet loisirs pour les résidents, afin de permettre une uniformisation de ce service pour les deux installations ainsi qu'analyser la possibilité d'une nouvelle programmation et une organisation d'activités, même les fins de semaine.

Le soutien remarquable des bénévoles et le don de soi apportent aux services une dimension humaine aux résidents. L'élaboration du programme encadrant l'activité des bénévoles est en voie d'être réalisée ainsi que son déploiement. Actuellement, il n'y a pas de programme définissant un responsable du bénévolat. Il n'y a pas d'harmonisation des pratiques d'accueil, d'intégration et de soutien des nouveaux bénévoles pour clarifier les rôles et responsabilités. Les bénévoles sont supportés par les soignants qui les guident. Ils ne reçoivent pas de formation précise au regard de leurs besoins manifestés lors des rencontres avec eux durant cette visite pour bien accomplir leurs activités de bénévoles dans la longue durée. Par contre, ils ont pu bénéficier de formations portant sur le l'hygiène des mains et autres.

Processus prioritaire : Compétences

La collaboration et l'entraide au sein des équipes sont à mentionner. L'approche interdisciplinaire dans les programmes clientèles du secteur hébergement est débutée et son déploiement est réalisé depuis peu avec succès.

L'équipe a un processus structuré pour évaluer son fonctionnement et apporter des améliorations au besoin.

Une nouvelle approche touchant le perfectionnement clinique des infirmières et infirmières auxiliaires en PALV est réalisée depuis peu et a eu comme avantage de développer et de maintenir les compétences des membres des équipes portant sur les programmes suivants : préventions des chutes, soins de plaies, gestion de la douleur qui sont garants de la qualité et de la sécurité des services des résidents. Des audits ont été réalisés.

Les membres des équipes sont fières des apprentissages réalisés qui se reflètent dans leurs pratiques et les dossiers.

L'évaluation du rendement est un objectif organisationnel réalisé à 35 % à Saint Brigid's dont la fréquence est prévue selon la politique une fois par deux ans pour tout le personnel. L'organisation est encouragée à poursuivre l'évaluation du rendement de son personnel.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les équipes poursuivent l'implantation de l'approche « Qualité de vie » dans ces services.

Les membres du comité des usagers sont dynamiques et travaillent en partenariat avec les différentes équipes pour s'assurer de répondre adéquatement aux besoins d'information des résidents et de leur famille.

Ce comité est très actif et une vaste consultation a été menée auprès des résidents et leur famille portant sur la satisfaction des résidents. Ce sondage a permis à l'organisation de renforcer les actions vers la qualité des services, la satisfaction de la clientèle et les conditions de vie des personnes hébergées ainsi que les clientèles les plus vulnérables.

Les résidents sont heureux de vivre dans ces deux installations. Leur satisfaction est très élevée envers le respect de tout le personnel et la direction à leur égard. Ils témoignent de l'attention et de l'écoute portées par la direction à leurs demandes.

Une démarche de réorganisation du travail a été réalisée pour toutes les unités de soins de longue durée. Cette réorganisation majeure a été planifiée dans une approche de gestion participative et vise ultimement une meilleure adéquation des ressources.

L'activité de distribution des repas aux usagers du Jeffery Hale a été revue. L'introduction du nouveau système de distribution par plateau et l'achat de nouveaux équipements requis a permis de diminuer les risques de dysphagie. Un plan triennal visant le remplacement des équipements des services alimentaires sur les deux sites améliorera grandement le service rendu aux usagers. Ces coûts sont financés par une enveloppe régionale.

L'équipe mérite des félicitations pour l'implantation, pour tous les résidents, du bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission et aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées (transfert). La pratique est bien implantée en soins de longue durée et mise en oeuvre intégralement.

Un plan thérapeutique infirmier (PTI) est présent au dossier de tous les résidents, mais les mises à jour sont incomplètes et irrégulières.

L'équipe règle les questions d'éthique entre les membres de leur équipe interdisciplinaire et le médecin. Le comité d'éthique clinique n'est pas visible pour les soignants et aucune personne n'a été en mesure de me nommer une personne membre de ce comité. Le comité clinique d'éthique est encouragé à organiser des activités (dîner-conférence, capsule, etc.), pour susciter la discussion se rapportant à l'éthique.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a le souci de respecter la vie privée et la confidentialité des renseignements. Le dossier de l'usager contient les informations requises aux soins et services offerts.

Le transfert des connaissances et le recours aux données probantes ainsi qu'aux meilleures pratiques et la qualité dans la production de document d'information comme les politiques, procédures, formations, feuillets d'information, campagnes de sensibilisation et les outils qui y sont rattachés sont autant d'exemples du souci de l'organisation dans l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La gestion des risques et le souci de la sécurité des soins sont omniprésents dans l'équipe. Les familles rencontrées lors de cette visite ont souligné leur appréciation au regard de leur satisfaction quant aux soins et services reçus.

L'équipe connaît bien les activités à risque élevé liées aux soins et services ainsi que les moyens pour les contrôler. Elle identifie les soins et les services à risques élevés et assure la surveillance par des indicateurs sur les risques de chute du résident hébergé, par la surveillance de soins du résident sous contentions, la surveillance du résident recevant des narcotiques, par l'évaluation/surveillance des résidents souffrants de problèmes de déglutition, par l'évaluation du risque des plaies de pression, par l'évaluation de la douleur et le nombre d'erreurs de médicaments.

L'équipe définit et étudie les processus et les outils des résultats obtenus et communique les résultats des évaluations au personnel, aux résidents et aux familles.

2.2.10 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>L'équipe des soins ambulatoires gère des activités de soins diversifiés de première ligne.</p> <p>Les travaux de réaménagement des services d'urgence sont en cours à la réception du Jeffery Hale et un prétriage sera instauré. L'ouverture est prévue pour avril 2013. Cette rénovation permettra une surveillance constante de la clientèle en attente et facilitera l'accueil des clients.</p> <p>Les cliniques de suivi de l'urgence offrent une consultation médicale sur rendez-vous à la clientèle nécessitant un suivi rapide et à une clientèle orpheline (sans médecin de famille).</p> <p>Une clinique de soins de plaies se tient un jour semaine. La clientèle est référée par le CLSC ou par les médecins de famille de la région de Québec et 5 % de leur clientèle vient aussi hors région. Un suivi étroit est fait pour de la clientèle présentant des ulcères variqueux, artériels, plaies traumatiques ainsi que des ulcères de pression; le service est offert sur rendez-vous. Cette excellente clinique a reçu 960 visites l'an dernier et a permis d'avoir un suivi par une infirmière et un médecin spécialisé qui possèdent une expertise hors du commun avec des résultats spectaculaires pour ces clients aux prises avec de la douleur et la non-guérison de leurs plaies. La performance de cette clinique est à souligner. Il serait souhaitable d'assurer la relève en ressources humaines de cette clinique.</p> <p>Le service d'endoscopie répond parfaitement au standard de qualité et de sécurité requis pour les clients. Le travail de l'équipe de l'endoscopie est efficace autant par son approche envers la clientèle que par le respect</p>	

des pratiques exercées. Plus de 1422 examens ont été effectués durant l'année 2012-2013. Ce service est composé de trois gastro-entérologues à temps partiel et d'une équipe d'infirmières compétentes qui ont comme prérequis d'avoir travaillé au service des urgences. Le retraitement en endoscopie est très bien accompli et les registres sont gardés afin d'assurer la traçabilité de toutes les étapes. Les politiques et les procédures sont à jour et la marche à suivre est clairement indiquée. La préposée possède une attestation de formation du Cégep Saint-Laurent sur le retraitement des endoscopes flexibles datant de juin 2012 et de plus elle est formée annuellement en relation avec ces fonctions exercées.

Un laboratoire d'électrophysiologie reçoit environ 2000 clients par année. Ce service fait partie d'un projet de recherche ARTEMIS avec l'Italie portant sur : " Hypertention phenotypes defined by office and ambulatory".

Processus prioritaire : Compétences

Les services ambulatoires sont dispensés par des professionnels compétents et disponibles qui ont le souci d'adapter leur service aux besoins de la clientèle. La clientèle dénote un haut niveau de satisfaction au regard des soins et services reçus.

L'interdisciplinarité est très bien développée dans les équipes. La force du groupe est reconnue de tous et les médecins présents s'en font d'ardent défenseur.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le service de stérilisation est effectué actuellement à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Par contre, le nettoyage, la décontamination, le retraitement et l'emballage de l'équipement et des instruments est effectué au Jeffery Hale dans des espaces inappropriées sans plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité inadéquats.

Un projet de réorganisation des activités des petites unités de retraitement dans la région de la Capitale-Nationale sous l'égide de l'ASSS de la Capitale-Nationale avait franchi les étapes dans le but de rendre opérationnel de centraliser à l'Hôpital du Saint-Sacrement du CHU de Québec la stérilisation des dispositifs médicaux à faible volume dont le Jeffery Hale. Ce projet était prévu pour le printemps 2013. Le 14 février dernier, deux établissements du regroupement ont abandonné le projet, comme en fait foi une lettre, ayant comme conséquence qu'actuellement l'organisation doit travailler à se trouver de nouveaux partenaires pour le retraitement de leurs dispositifs médicaux pour répondre aux normes exigées.

L'accès aux services de l'équipe de soins ambulatoire se fait dans les délais requis. L'équipe innove en développant des services qui répondent aux besoins de la clientèle. L'équipe est très engagée et est soucieuse de bien accueillir la clientèle, répondre à leurs besoins et de les orienter au besoin. Le service des urgences mineures est fermé une partie de la soirée et la nuit.

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est complété à la perfection à l'arrivée pour tous les clients des soins ambulatoires répondant aux critères suivants : âgés de plus de 75 ans, prenant plus de huit médicaments et qui sont couchés sur une civière. Cette tâche est partagée avec le médecin et les infirmières. Le BCM est établi aussi aux points de transition de soins.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les communications sont fluides et cordiales à l'intérieur de l'équipe et avec les partenaires. Le travail en interdisciplinarité est remarquable et l'engagement du personnel aux objectifs du service, à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des clients sont à souligner.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le programme de prévention des chutes a été récemment élaboré et les membres des équipes sont vigilants à s'assurer de l'identification des clients à risque. La préoccupation de l'équipe pour la sécurité est évidente dans le comportement des membres de l'équipe. L'équipe est encouragée à poursuivre l'appropriation du programme de prévention des chutes.

2.2.11 Ensemble de normes : Soins et services à domicile

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

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

9.2	Le plan de soins du client comprend des stratégies pour gérer la douleur et les autres symptômes.	
-----	---	--

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

15.3	L'organisme compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires, s'il y a lieu.	
15.4	L'organisme utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et il apporte des améliorations en temps opportun.	
15.5	L'organisme fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

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

Processus prioritaire : Direction clinique

La population anglophone est de 2 % pour la région de Québec. Les équipes ont développé des moyens créatifs afin de rejoindre la population anglophone isolée sur plusieurs territoires de CSSS. Le personnel d'encadrement a plusieurs dossiers, mais le personnel est engagé à offrir des services de qualité. Le défi est de maintenir les ressources nécessaires afin d'atteindre les buts et objectifs.

L'organisme collabore avec ses partenaires, obtient des services contractuels et prioritaires pour mieux servir leur clientèle. L'équipe est invitée à évaluer la possibilité d'avoir un médecin pour des visites à domicile. Le territoire est grand et la population desservie est fragile.

L'équipe a des rencontres interdisciplinaires régulières.

Processus prioritaire : Compétences

Les rencontres interdisciplinaires sont régulières afin d'assurer la prestation des services. La communication est régulièrement faite entre les chefs d'équipes et le chef de programme afin de coordonner et définir les priorités de services. L'organisme est encouragé à offrir de la formation en intervention interdisciplinaire pour améliorer l'intervention interdisciplinaire.

Chaque membre de l'équipe possède les titres de compétence nécessaire pour offrir les services. 88 % des appréciations de performances sont faites. L'équipe offre à tous les nouveaux membres une orientation sur leurs tâches et responsabilités.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisme a une approche sécuritaire au regard des situations de risque à domicile. En cas de risque pour la sécurité du personnel, deux intervenants vont faire la visite et les infirmières ont un cellulaire. Une formation sur l'approche sécuritaire a été offerte en février 2013.

L'évaluation de la douleur est connue du personnel. Un objectif spécifique sur la douleur pourrait être développé avec le client afin de l'aider à mieux gérer sa douleur. L'organisme est encouragé à offrir de la formation au personnel sur des moyens alternatifs pour contrôler la douleur.

Une politique concernant le soutien à l'éthique est développée (2012). Une brochure sur le code éthique est disponible pour la population. Il est suggéré d'offrir des formations aux professionnels sur la façon d'identifier un cas d'éthique; cela facilitera la consolidation de la politique.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le personnel participe aux tables de concertations et siège aux comités régionaux. Les politiques et les procédures selon les pratiques exemplaires sont développés et accessibles au personnel. L'organisme est encouragé à consolider ces pratiques.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les équipes déterminent les ressources nécessaires pour atteindre leurs objectifs. Le personnel est flexible dans leur intervention afin de s'assurer que les services sont offerts selon les besoins de la clientèle. L'organisme suit un processus structuré pour évaluer le fonctionnement de l'équipe et des objectifs à atteindre. L'équipe tient deux réunions de tout le personnel par année. Ces réunions sont appréciées par le personnel.

L'équipe n'a pas un processus formel pour évaluer leur participation auprès des partenaires. L'organisme ne fait pas formellement de comparaison de ses résultats avec des organismes similaires. Il est encouragé d'identifier des organismes semblables afin de comparer les résultats d'indicateurs. À la suite de cette évaluation, l'équipe pourra utiliser l'information pour l'amélioration de ses services. Le plan d'amélioration pourra être communiqué aux équipes, aux partenaires et à la communauté.

En général, le défi sera d'assurer la consolidation des nouvelles politiques et procédures.

Section 3 Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

3.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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

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

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

- Période de collecte de données : 12 février 2013 au 28 février 2013
- Nombre de réponses : 19

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	0	0	100	92
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	0	0	100	95
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	0	0	100	96
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	0	11	89	93

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	5	11	84	92
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	0	11	89	93
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	5	95	98
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	0	0	100	95
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	0	5	95	94
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	0	5	95	93
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	0	16	84	90
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	11	89	92
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	5	0	95	95
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	0	11	89	86
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	0	0	100	96
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	5	95	95

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	96
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	11	16	74	76
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	11	39	50	68
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	11	47	42	66
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	11	16	74	77
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	16	58	26	59
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	11	21	68	82
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	11	5	84	84
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	11	26	63	68
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	0	11	89	94
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	5	5	89	86
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	5	95	96

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	0	0	100	83
30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	5	0	95	91
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	0	18	82	91
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	0	29	71	83
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	0	0	100	88
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	16	84	93
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	6	0	94	92
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	6	0	94	87
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	0	0	100	92

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2012 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

3.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

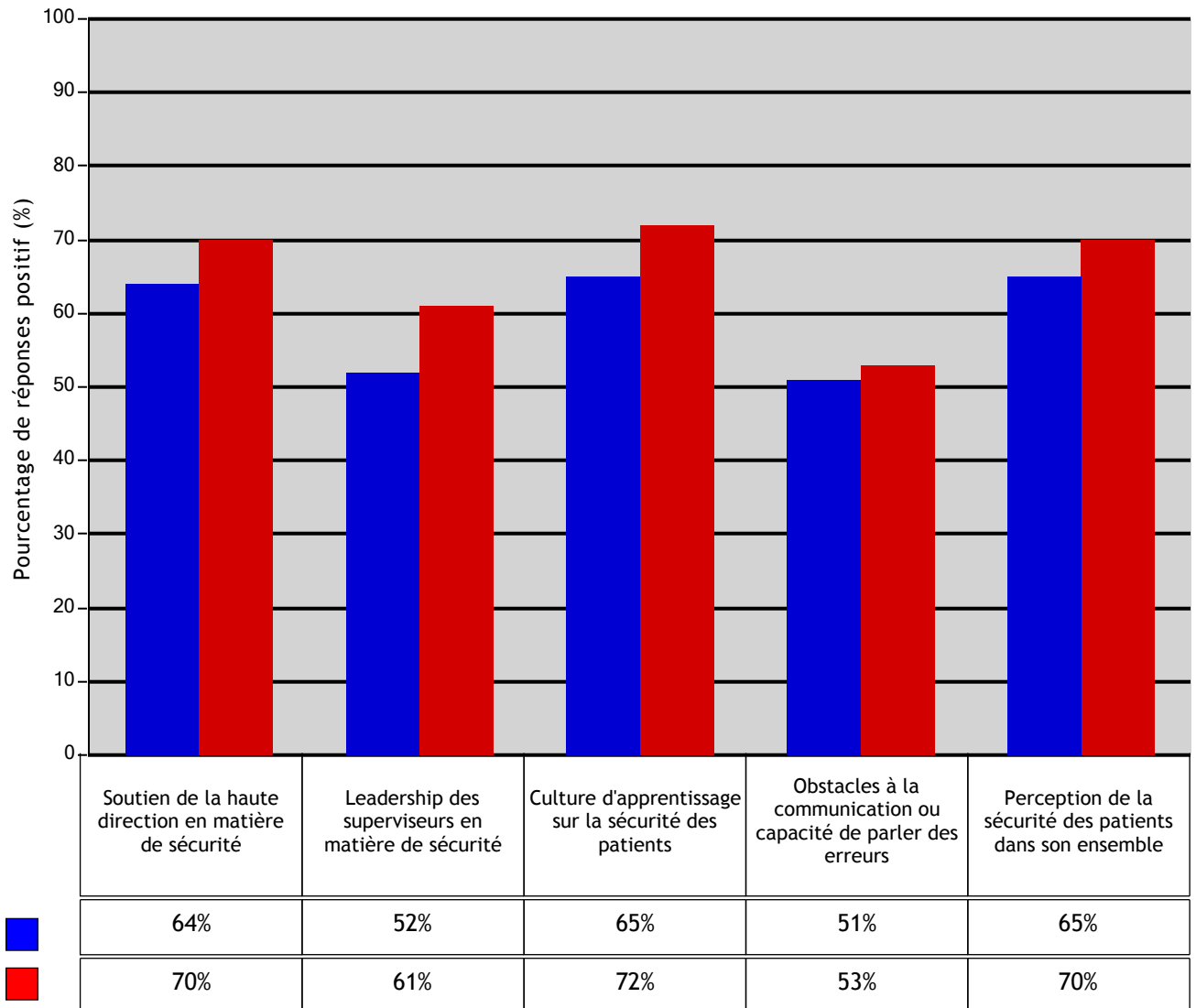
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les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

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

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

- Période de collecte de données : 19 septembre 2012 au 9 octobre 2012
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 188
- Nombre de réponses : 276

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



Légende

- Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2012 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

3.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

L'organisme a utilisé un questionnaire de remplacement approuvé par Agrément Canada pour évaluer la qualité de vie au travail. Il a fourni à Agrément Canada les résultats découlant de cet outil et il a eu l'occasion de cerner ses points forts ainsi que de voir aux possibilités d'amélioration. Pendant la visite d'agrément, les visiteurs ont examiné les mesures prises par l'organisme.

Annexe A Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 10 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux organismes clients dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de quatre ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

Évaluation des preuves et amélioration continue

Cinq mois après la visite, Agrément Canada évalue les preuves transmises par l'organisme. Si ces preuves démontrent qu'il y a maintenant conformité à un pourcentage suffisant de critères qui n'étaient pas respectés auparavant, un nouveau type d'agrément pourrait être attribué pour tenir compte des progrès de l'organisme.

Annexe B Processus prioritaires

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.

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 et à l'innovation.

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

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

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