AGRÉMENT
AGRÉMENT
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

Southern Health-Santé Sud

Southport, MB

Dates des visites d'agrément : 5 au 10 mai 2019

Rapport publié : le 13 juin 2019

À propos du rapport d'agrément

Southern Health-Santé Sud (désigné sous le nom de « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme d'agrément Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus continu visant l'amélioration de la qualité, une visite d'agrément a été effectuée en mai 2019. Des renseignements provenant de la visite d'agrément ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'organisme ont été utilisés pour produire le présent rapport d'agrément.

Les résultats de l'agrément reposent sur les renseignements fournis par l'organisme. Agrément Canada s'appuie sur l'exactitude de ces renseignements pour planifier et mener la visite d'agrément et produire le rapport d'agrément.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et remis par Agrément Canada à l'organisme uniquement. Agrément Canada ne transmet pas le rapport à d'autres parties.

Dans un souci de transparence et de responsabilisation, Agrément Canada invite l'organisme à distribuer son rapport d'agrément au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et à d'autres parties prenantes.

Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite.

© Agrément Canada, 2019

Un message d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, j'adresse mes plus sincères félicitations à votre conseil d'administration, à votre équipe de direction et à tous les membres de votre organisme pour votre participation au programme d'agrément Qmentum. Qmentum est conçu pour s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. La pleine valeur de Qmentum est réalisée en l'utilisant pour soutenir et activer vos activités d'amélioration de la qualité.

Le présent rapport d'agrément comprend votre type d'agrément, les résultats finaux des visites d'agrément récentes vous concernant et les données de l'outil d'évaluation soumises par votre organisme. Veuillez utiliser les renseignements contenus dans le présent rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement en ligne pour guider vos activités d'amélioration de la qualité.

Vous pouvez vous adresser à votre gestionnaire de programme ou à votre coordonnateur des services à la clientèle si vous avez des questions ou avez besoin de conseils.

Nous vous remercions pour votre leadership et pour la démonstration de votre engagement continu envers la qualité en intégrant l'agrément dans votre programme d'amélioration. Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires sur un éventuel processus nous permettant de poursuivre le renforcement du programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et les services que vous offrez.

Nous sommes enchantés de poursuivre notre partenariat avec vous.

Cordiales salutations,

Leslee Thompson
Chef de la direction

Table des matières

Sommaire **1**

Type d'agrément 1

À propos de la visite d'agrément 2

Aperçu par dimension de la qualité 5

Aperçu par norme 6

Aperçu par pratique organisationnelle requise 9

Sommaire des constatations de l'équipe de visiteurs 21

Résultats détaillés sur les pratiques organisationnelles requises **25**

Résultats détaillés de la visite d'agrément **28**

Résultats du processus prioritaire pour les normes à l'échelle du système 29

Processus prioritaire : Gouvernance 29

Processus prioritaire : Planification et conception des services 32

Processus prioritaire : Gestion des ressources 33

Processus prioritaire : Capital humain 34

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité 37

Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes d'éthique 38

Processus prioritaire : Communication 39

Processus prioritaire : Environnement physique 41

Processus prioritaire : Préparation pour les situations d'urgence 42

Processus prioritaire : Soins centrés sur les personnes 44

Processus prioritaire : Cheminement de l'usager 49

Processus prioritaire : Appareils et instruments médicaux 54

Résultats de processus prioritaires pour les normes portant sur des populations spécifiques 58

Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population – Intégration horizontale des soins 58

Résultats des normes sur l'excellence des services 61

Ensemble de normes : Soins ambulatoires – Prestation de services directs 62

Ensemble de normes : Traitement du cancer – Prestation de services directs 67

Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers – Prestation de services directs 71

Ensemble de normes : Soins critiques – Prestation de services directs 75

Ensemble de normes : Urgences – Prestation de services directs 78

Ensemble de normes : Services médicaux d'urgence et transport entre établissements – Prestation de services directs 83

Ensemble de normes : Soins à domicile – Prestation de services directs 90

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Prestation de services directs 93

Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation – Prestation de services directs 95

Ensemble de normes : Soins de longue durée – Prestation de services directs 100

Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Prestation de services directs 107

Ensemble de normes : Santé mentale – Prestation de services directs 112

Ensemble de normes : Obstétrique – Prestation de services directs 116

Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives – Prestation de services directs 124

Ensemble de normes : Soins primaires – Prestation de services directs 130

Ensemble de normes : Santé publique – Prestation de services directs 138

Ensemble de normes : Services de réadaptation – Prestation de services directs 142

Ensemble de normes : Télésanté – Prestation de services directs 144

Résultats de l'outil d'évaluation 150

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) : 150

- Centre psychiatrique d'Eden 150

Southern Health-Santé Sud 155

- Salem Home 159

- Tabor Home 163

- Foyer de soins personnels Rest Haven 167

- Prairie View Lodge 171

- Hôpital et foyer de soins personnels Rock Lake District 175

- Foyer de soins personnels Heritage Life 179

- Menno Home for the Aged 183

- Villa Youville 187

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail 190

Outil pour l'information sur l'expérience vécue par l'usager 191

Commentaires de l'organisme 192

Annexe A – Qmentum 193

Annexe B – Processus prioritaires 194

Annexe C – Accès linguistique Résultats de l'étude pilote 195

Sommaire

Southern Health-Santé Sud (désigné sous le nom de « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme d'agrément Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant à but non lucratif qui établit des normes de qualité et de sécurité pour les soins de santé et délivre l'agrément des organismes de santé au Canada et dans le monde.

Dans le cadre du programme d'agrément Qmentum, l'organisme a fait l'objet d'un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation complète, des experts externes ont mené des visites d'agrément au cours desquelles ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de cet organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences incluent des normes pancanadiennes d'excellence, des pratiques de sécurité nécessaires pour réduire les dommages potentiels et des questionnaires pour évaluer l'environnement de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'usager. Les résultats de toutes ces composantes sont inclus dans le présent rapport et ont été pris en compte dans le type d'agrément.

Le présent rapport contient les résultats à ce jour et sert à orienter l'organisme dans le cadre de son intégration continue des principes d'agrément et d'amélioration de la qualité au sein de ses programmes, politiques et pratiques.

Nous félicitons l'organisme pour son engagement à utiliser ses services d'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

Type d'agrément

Le type d'agrément accordé à Southern Health-Santé Sud est le suivant :

Agréé (rapport)

L'organisme a réussi à répondre aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

À propos de la visite d'agrément

- **Dates des visites d'agrément : Du 5 mai au 10 mai 2019**

- **Emplacements**

  Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les établissements et services offerts par l'organisme sont jugés agréés.

1. Altona Community Memorial Health Centre
2. Bethesda Regional Health Centre
3. Boundary Trails Health Centre
4. Foyer de soins personnels Boyne Valley Lodge
5. Carman Memorial Hospital
6. Community Services/Services communautaires – Carman
7. Community Services/Services communautaires – Crystal City
8. Community Services/Services communautaires – Portage-la-Prairie
9. Community Services/Services communautaires – Steinbach
10. Crisis Stabilization Unit/Unité de stabilisation en cas de crise
11. Douglas Campbell Lodge
12. Centre psychiatrique d'Eden
13. Poste de services médicaux d'urgence – Carman
14. Poste de services médicaux d'urgence – Southport
15. Poste de services médicaux d'urgence – Steinbach
16. Foyer de soins personnels Heritage Life
17. Hôpital Ste-Anne
18. Lions Prairie Manor
19. MacGregor Health Centre
20. Menno Home for the Aged
21. Mental Health/Santé mentale – Winkler (Pathways)
22. Sage-femme, Steinbach
23. Morris General Hospital
24. Niverville Primary Health Care Centre

25. PCI Teen Clinic/Clinique pour adolescents
26. Pembina Manitou Health Centre
27. Portage District General Hospital
28. Prairie View Lodge
29. Clinique mobile de soins primaires
30. Red River Valley Lodge
31. Regional Office/Bureau régional – Southport
32. Maison de soins infirmiers Rest Haven
33. Rock Lake Health District Hospital
34. Foyer de soins personnels Rock Lake Health District
35. Salem Home Inc.
36. Tabor Home Inc.
37. Third Crossing Manor
38. Villa Youville
39. Vita & District Health Centre

- **Normes**

Les ensembles de normes ci-dessous sont utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

Normes à l'échelle du système

1. Gouvernance
2. Prévention et contrôle des infections
3. Leadership
4. Gestion des médicaments

Normes portant sur des populations spécifiques

5. Santé et bien-être de la population

Normes sur l'excellence des services

6. Soins ambulatoires – Normes sur l'excellence des services
7. Traitement du cancer – Normes sur l'excellence des services
8. Santé mentale – Services communautaires et soutien offerts aux usagers – Normes sur l'excellence des services
9. Soins critiques – Normes sur l'excellence des services
10. Urgences – Normes sur l'excellence des services
11. Services médicaux d'urgence et transport entre établissements – Normes sur l'excellence des

services

12. Soins à domicile – Normes sur l'excellence des services
13. Unité d'hospitalisation – Normes sur l'excellence des services
14. Soins de longue durée – Normes sur l'excellence des services
15. Santé mentale – Normes sur l'excellence des services
16. Obstétrique – Normes sur l'excellence des services
17. Services périopératoires et interventions invasives – Normes sur l'excellence des services
18. Soins primaires – Normes sur l'excellence des services
19. Santé publique – Normes sur l'excellence des services
20. Réadaptation – Normes sur l'excellence des services
21. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables – Normes sur l'excellence des services
22. Télésanté – Normes sur l'excellence des services

- **Outils d'évaluation**

L'organisme a administré :

1. L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
2. L'outil pour l'information sur l'expérience vécue par l'usager

Aperçu par dimension de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé en utilisant huit dimensions qui représentent les principaux éléments de service. Chaque critère compris dans les normes est associé à une dimension de la qualité. Le tableau suivant indique le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été classés comme conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre)	106	7	0	113
Accessibilité (m'offrir des services équitables, en temps opportun)	135	14	2	151
Sécurité (assurer ma sécurité)	695	65	18	778
Qualité de vie au travail (prendre soin des personnes qui s'occupent de moi)	183	22	1	206
Services centrés sur l'usager (collaborer avec moi et ma famille dans le cadre des soins)	583	28	3	614
Continuité (coordonner mes soins dans le continuum de soins)	146	0	0	146
Justesse (faire ce qu'il faut pour obtenir les meilleurs résultats)	998	111	25	1134
Efficience (utiliser les ressources le plus adéquatement possible)	84	1	1	86
Total	**2 930**	**248**	**50**	**3 228**

Aperçu par norme

Les normes Qmentum définissent les politiques et les pratiques qui contribuent à la haute qualité, à la sécurité et à la gestion efficace des soins. Chaque norme comporte des critères connexes permettant de mesurer la conformité de l'organisme à la norme.

Les normes à l'échelle du système traitent de la qualité et de la sécurité au niveau organisationnel dans des domaines comme la gouvernance et le leadership. Les normes d'excellence des services et en matière de population concernent des populations, des secteurs et des services particuliers. Les normes utilisées pour évaluer les programmes d'un organisme sont basées sur le type de services fournis.

Le tableau suivant présente les ensembles de normes utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme, ainsi que le nombre et le pourcentage de critères jugés conformes, non conformes ou sans objet lors de la visite d'agrément.

Les types d'agrément sont basés sur la conformité aux normes. Le pourcentage de conformité est calculé à la décimale près et n'est pas arrondi.

Ensemble de normes	Critères de priorité élevée*			Autres critères			Total de critères (priorité élevée et autres)		
	Conforme	Non conforme	S.O.	Conforme	Non conforme	S.O.	Conforme	Non conforme	S.O.
	# (%)	# (%)	#	# (%)	# (%)	#	# (%)	# (%)	#
Gouvernance	42 (93,3 %)	3 (6,7 %)	5	35 (97,2 %)	1 (2,8 %)	0	77 (95,1 %)	4 (4,9 %)	5
Leadership	50 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0	92 (95,8 %)	4 (4,2 %)	0	142 (97,3 %)	4 (2,7 %)	0
Prévention et contrôle des infections	38 (95,0 %)	2 (5,0 %)	0	29 (93,5 %)	2 (6,5 %)	0	67 (94,4 %)	4 (5,6 %)	0
Gestion des médicaments	63 (80,8 %)	15 (19,2 %)	0	53 (86,9 %)	8 (13,1 %)	3	116 (83,5 %)	23 (16,5 %)	3
Santé et bien-être de la population	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0	35 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0	39 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0
Soins ambulatoires	44 (97,8 %)	1 (2,2 %)	2	78 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0	122 (99,2 %)	1 (0,8 %)	2
Traitement du cancer	75 (96,2 %)	3 (3,8 %)	3	110 (97,3 %)	3 (2,7 %)	1	185 (96,9 %)	6 (3,1 %)	4

Ensemble de normes	Critères de priorité élevée*			Autres critères			Total de critères (priorité élevée et autres)		
	Conforme	Non conforme	S.O.	Conforme	Non conforme	S.O.	Conforme	Non conforme	S.O.
	# (%)	# (%)	#	# (%)	# (%)	#	# (%)	# (%)	#
Santé mentale -Services communautaires et soutien offert aux usagers	44 (97,8 %)	1 (2,2 %)	0	89 (94,7 %)	5 (5,3 %)	0	133 (95,7 %)	6 (4,3 %)	0

Ensemble de normes	Critères de priorité élevée*			Autres critères			Total de critères (priorité élevée et autres)		
	Conforme	Non conforme	S.O.	Conforme	Non conforme	S.O.	Conforme	Non conforme	S.O.
	# (%)	# (%)	#	# (%)	# (%)	#	# (%)	# (%)	#
Soins critiques	55 (94,8 %)	3 (5,2 %)	2	97 (94,2 %)	6 (5,8 %)	2	152 (94,4 %)	9 (5,6 %)	4
Urgences	59 (81,9 %)	13 (18,1 %)	0	96 (89,7 %)	11 (10,3 %)	0	155 (86,6 %)	24 (13,4 %)	0
Services médicaux d'urgence et transport entre établissements	97 (88,2 %)	13 (11,8 %)	4	99 (89,2 %)	12 (10,8 %)	9	196 (88,7 %)	25 (11,3 %)	13
Soins à domicile	48 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0	75 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0	123 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0
Unité d'hospitalisation	50 (84,7 %)	9 (15,3 %)	1	80 (95,2 %)	4 (4,8 %)	1	130 (90,9 %)	13 (9,1 %)	2
Soins de longue durée	50 (90,9 %)	5 (9,1 %)	1	97 (98,0 %)	2 (2,0 %)	0	147 (95,5 %)	7 (4,5 %)	1
Santé mentale	50 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0	88 (95,7 %)	4 (4,3 %)	0	138 (97,2 %)	4 (2,8 %)	0
Obstétrique	63 (88,7 %)	8 (11,3 %)	2	78 (89,7 %)	9 (10,3 %)	1	141 (89,2 %)	17 (10,8 %)	3
Services périopératoires et interventions invasives	104 (91,2 %)	10 (8,8 %)	1	105 (97,2 %)	3 (2,8 %)	1	209 (94,1 %)	13 (5,9 %)	2
Soins primaires	48 (81,4 %)	11 (18,6 %)	0	77 (85,6 %)	13 (14,4 %)	1	125 (83,9 %)	24 (16,1 %)	1
Santé publique	40 (85,1 %)	7 (14,9 %)	0	60 (90,9 %)	6 (9,1 %)	3	100 (88,5 %)	13 (11,5 %)	3
Réadaptation	45 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0	78 (97,5 %)	2 (2,5 %)	0	123 (98,4 %)	2 (1,6 %)	0
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	79 (94,0 %)	5 (6,0 %)	4	31 (77,5 %)	9 (22,5 %)	0	110 (88,7 %)	14 (11,3 %)	4
Télésanté	39 (75,0 %)	13 (25,0 %)	0	80 (90,9 %)	8 (9,1 %)	1	119 (85,0 %)	21 (15,0 %)	1
Total	**1 187 (90,7 %)**	122 (9,3 %)	25	1 662 (93,7 %)	112 (6,3 %)	23	2 849 (92,4 %)	234 (7,6 %)	48

* * POR non incluses (pratiques organisationnelles requises)

Aperçu par pratique organisationnelle requise

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que les organismes doivent avoir en place afin d'assurer la sécurité des usagers et réduire les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité connexes classés comme majeurs et mineurs. Tous les tests de conformité doivent être respectés pour que la POR dans son ensemble soit cotée comme conforme.

Ce tableau indique les cotes des POR applicables.

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Culture de sécurité			
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 de 4	2 de 2
Divulgation des événements liés à la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	4 de 4	2 de 2
Gestion des événements liés à la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	6 de 6	1 de 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 de 1	2 de 2
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Communication			
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 de 1	0 de 0
Identification des usagers (Traitement du cancer)	Conforme	1 de 1	0 de 0
Identification des usagers (Soins critiques)	Non conforme	0 de 1	0 de 0
Identification des usagers (Urgences)	Conforme	1 de 1	0 de 0

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Identification des usagers (Services médicaux d'urgence et transport entre établissements)	Conforme	1 de 1	0 de 0

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Communication			
Identification des usagers (Soins à domicile)	Conforme	1 de 1	0 de 0
Identification des usagers (Unité d'hospitalisation)	Non conforme	0 de 1	0 de 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 de 1	0 de 0
Identification des usagers (Santé mentale)	Non conforme	0 de 1	0 de 0
Identification des usagers (Obstétrique)	Conforme	1 de 1	0 de 0
Identification des usagers (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	1 de 1	0 de 0
Identification des usagers (Réadaptation)	Conforme	1 de 1	0 de 0
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert de renseignements lors des transitions de soins (Soins critiques)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Urgences)	Conforme	4 de 4	1 de 1

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Communication			
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Services médicaux d'urgence et transport entre établissements)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Santé mentale)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Obstétrique)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Transfert des renseignements aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité stratégique (Leadership)	Conforme	3 de 3	2 de 2
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	5 de 5	0 de 0

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Conforme	5 de 5	0 de 0

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	3 de 3	1 de 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins critiques)	Conforme	4 de 4	0 de 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Urgences)	Conforme	1 de 1	0 de 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Conforme	3 de 3	1 de 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)	Conforme	4 de 4	0 de 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 de 4	0 de 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale)	Conforme	4 de 4	0 de 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Obstétrique)	Non conforme	3 de 4	0 de 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 de 4	0 de 0

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	4 de 4	0 de 0
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire (Obstétrique)	Conforme	3 de 3	2 de 2
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 de 3	2 de 2
La liste d'abréviations « à proscrire » (Gestion des médicaments)	Non conforme	3 de 4	2 de 3
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Utilisation des médicaments			
Gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 de 4	1 de 1
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 de 3	0 de 0
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Non conforme	2 de 4	0 de 0
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Services médicaux d'urgence et transport entre établissements)	Conforme	5 de 5	3 de 3
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Non conforme	5 de 5	2 de 3
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	4 de 4	2 de 2
Formation sur les pompes à perfusion (Traitement du cancer)	Conforme	4 de 4	2 de 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins critiques)	Conforme	4 de 4	2 de 2

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Urgences)	Conforme	4 de 4	2 de 2
Formation sur les pompes à perfusion (Services médicaux d'urgence et transport entre établissements)	Conforme	4 de 4	2 de 2
Formation sur les pompes à perfusion (Unité d'hospitalisation)	Conforme	4 de 4	2 de 2
Formation sur les pompes à perfusion (Obstétrique)	Conforme	4 de 4	2 de 2
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 de 4	2 de 2
Formation sur les pompes à perfusion (Réadaptation)	Conforme	4 de 4	2 de 2
Sécurité liée aux narcotiques (Services médicaux d'urgence et transport entre établissements)	Conforme	3 de 3	0 de 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Non conforme	2 de 3	0 de 0
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Milieu de travail/effectif			
Cheminement des usagers (Leadership)	Conforme	7 de 7	1 de 1
Programme de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 de 2	2 de 2
Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 de 1	0 de 0
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 de 3	1 de 1

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Milieu de travail/effectif			
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 de 5	3 de 3
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Contrôle des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Services médicaux d'urgence et transport entre établissements)	Conforme	1 de 1	2 de 2
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 de 1	2 de 2
(Formation et perfectionnement relatifs aux pratiques d'hygiène des mains) (Services médicaux d'urgence et transport entre établissements)	Conforme	1 de 1	0 de 0
(Formation et perfectionnement relatifs aux pratiques d'hygiène des mains) (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 de 1	0 de 0
Taux d'infections (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 de 1	2 de 2
Retraitement (Services médicaux d'urgence et transport entre établissements)	Conforme	1 de 1	1 de 1
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Évaluation du risque			
Stratégie de prévention des chutes (Traitement du cancer)	Conforme	2 de 2	1 de 1
Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)	Conforme	2 de 2	1 de 1
Stratégie de prévention des chutes (Unité d'hospitalisation)	Conforme	2 de 2	1 de 1

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	5 de 5	1 de 1

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Évaluation du risque			
Stratégie de prévention des chutes (Santé mentale)	Conforme	2 de 2	1 de 1
Stratégie de prévention des chutes (Obstétrique)	Conforme	2 de 2	1 de 1
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	2 de 2	1 de 1
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Conforme	2 de 2	1 de 1
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins à domicile)	Conforme	3 de 3	2 de 2
Prévention des plaies de pression (Soins critiques)	Conforme	3 de 3	2 de 2
Prévention des plaies de pression (Unité d'hospitalisation)	Non conforme	2 de 3	2 de 2
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 de 3	2 de 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Non conforme	2 de 3	2 de 2
Prévention des plaies de pression (Réadaptation)	Conforme	3 de 3	2 de 2
Soins cutanés et des plaies (Soins à domicile)	Conforme	7 de 7	1 de 1
Prévention du suicide (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	5 de 5	0 de 0

Pratique organisationnelle requise	Cote globale	Cote du test de conformité	
		Majeur, conforme	Mineur, conforme
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Évaluation du risque			
Prévention du suicide (Urgences)	Non conforme	2 de 5	0 de 0
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Non conforme	0 de 5	0 de 0
Prévention du suicide (Santé mentale)	Conforme	5 de 5	0 de 0
Phrophylaxie de la thromboembolie veineuse (Traitement du cancer)	Conforme	3 de 3	2 de 2
Phrophylaxie de la thromboembolie veineuse (Soins critiques)	Conforme	3 de 3	2 de 2
Phrophylaxie de la thromboembolie veineuse (Unité d'hospitalisation)	Non conforme	2 de 3	1 de 2
Phrophylaxie de la thromboembolie veineuse (Services périopératoires et interventions invasives)	Non conforme	2 de 3	1 de 2

Sommaire des constatations de l'équipe de visiteurs

L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes sur les forces globales, les possibilités d'amélioration et les défis de l'organisme.

Le personnel dévoué de Southern Health-Santé Sud et de ses établissements affiliés est fier des services qu'il offre à ses usagers et à leurs communautés. Les services sont axés sur les usagers et les résidents. Le personnel est motivé et compétent. L'outil Compass du conseil d'administration présente une image forte de la vision, de la mission, des valeurs et des orientations stratégiques de Southern Health-Santé Sud.

Le personnel et la direction de Southern Health-Santé Sud ont subi des changements importants en assez peu de temps. Nous encourageons le conseil d'administration et le personnel d'encadrement à suivre de près les répercussions imprévisibles de ces changements. Les ressources humaines ont établi des outils et des ressources pour aider le personnel à gérer les changements actuels et futurs. Il est important de vérifier l'efficacité de ces mesures et les interventions mises en place pour appuyer les gestionnaires, le personnel d'encadrement, le personnel et les communautés. Nous encourageons Southern Health-Santé Sud à mettre à profit ses projets réussis pour gérer les changements, notamment le transfert récent des services médicaux d'urgence (EMS) à Soins communs. De plus, il faudra aider un certain nombre de membres du personnel d'encadrement nouvellement intégrés à leur poste ainsi que leurs équipes pour les amener à réussir cette transition.

Pendant la visite d'agrément, nous avons remarqué à de nombreuses reprises que le personnel se consacrait à des tâches non liées aux soins infirmiers pendant les périodes prévues pour la prestation de soins infirmiers au chevet. Par exemple, le personnel passait du temps à nettoyer les lits plutôt qu'à prodiguer des soins infirmiers. Bien que ce nettoyage soit essentiel pour assurer la prévention et le contrôle des infections (PCI), on pourrait attribuer ces tâches à d'autres personnes. Cette mesure permettrait aux infirmiers de se consacrer entièrement à la prestation des soins. Nous encourageons Southern Health-Santé Sud à réfléchir à cette possibilité afin que les professionnels puissent se concentrer sur la prestation des soins.

Il est nécessaire d'adopter une approche stratégique pour la gestion des systèmes de dossiers et de documents électroniques afin d'aider les prestataires de soins de première ligne. Nous encourageons l'organisme à explorer les possibilités qu'offrent les systèmes actuels. Par exemple, on pourrait envisager de remplir automatiquement certains champs, comme à l'établissement où l'usager reçoit des services. L'un des formulaires contient 25 champs à faire remplir par la personne admise, dont de nombreux champs qu'il serait possible de remplir automatiquement.

Nous encourageons Southern Health-Santé Sud à se servir de ses projets réussis et de ses difficultés afin d'amener Soins communs à intégrer une perspective axée sur les usagers et leur famille.

Depuis la visite d'agrément effectuée en 2015, des améliorations importantes ont été apportées dans différents secteurs. De nombreuses pratiques organisationnelles requises (POR) sont plus conformes, notamment la prévention de la détérioration de la peau et des plaies, l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion et la prévention des chutes. Les pratiques appliquées dans cette région ont été davantage normalisées. L'organisme utilise un programme d'entretien préventif rigoureux. Les services médicaux

d'urgence offerts à Southern Health-Santé Sud ont été transférés avec succès à Soins communs. Southern Health-Santé Sud est reconnu à l'échelle pancanadienne pour son approche et ses pratiques novatrices visant à nouer le dialogue avec les communautés autochtones au sujet de la santé et de l'accès au services de santé. L'organisme continue de faire des progrès et d'apporter des améliorations pour réaliser son mandat à titre d'organisme de santé bilingue offrant des services de santé en français. Il a amélioré l'accès aux soins primaires et à d'autres services de santé, ce qui a entraîné une diminution des périodes d'attente.

Certaines POR n'ont pas été améliorées ou ont été améliorées, mais pas uniformément. C'est notamment le cas pour la prévention du suicide, dans certaines unités de services, et la confirmation de l'identité de l'usager préalable à la prestation de services, dont un traitement, dans d'autres unités. Ce qui nous inquiète particulièrement est que Southern Health-Santé Sud n'a pas maintenu ses mesures correctives envers les problèmes de conformité que nous avions constatés envers quelques POR lors des deux dernières visites d'agrément.

Nous avons noté une amélioration importante en matière de réduction des chutes et de la prévention des plaies de pression. Le personnel comprend mieux les répercussions chez les usagers après une chute ou le développement d'un ulcère causé par une détérioration de la peau. Southern Health-Santé Sud a consacré une somme importante aux lève-personnes et à l'équipement ergonomique connexe. Ces mesures ont profité à ses usagers et à son personnel en permettant un levage et un déplacement sécuritaires. Le personnel de la santé utilise un système pour déclarer les effets indésirables, et le conseil d'administration et la direction ont réussi à promouvoir une culture juste. Il a appliqué notamment l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE) dans certains services, méthode qui permettrait de cerner les risques, les éliminer ou les atténuer avant la survenue d'un événement ou d'une blessure. Nous recommandons de faire beaucoup plus souvent appel à l'AMDE ainsi qu'aux processus connexes et aux investissements et aux ressources organisationnels.

L'organisme montre un engagement fort envers les activités de préparation aux situations d'urgence et aux catastrophes. Ce secteur a grandement bénéficié de la normalisation effectuée à l'échelle de Southern Health-Santé Sud. Les activités préventives de réduction des préjudices, offertes en santé publique dans les communautés servies par l'organisme Southern Health-Santé Sud, ont été des mesures préventives importantes pour la réduction des cas de décès et d'infections. Nous encourageons l'organisme à passer en revue sa gestion des listes d'attente afin que les usagers dont l'état se dégrade soient traités en priorité.

Les soins directs et les services fournis par le personnel sont axés sur les usagers et leur famille. Le personnel est motivé à apprendre des autres, notamment en offrant des rappels aux usagers qui ont pris rendez-vous pour une intervention chirurgicale pour réduire le nombre de cas de chirurgies tardives; en offrant une aide pour le transport; et en faisant appel à des navigateurs ou à des conseillers pour améliorer l'accès aux services.

Nous comptons, parmi les services exemplaires du volet de soins centrés sur l'usager et la famille offerts par Southern Health-Santé Sud, les services de traitement du cancer, des établissements sélectionnés de soins de longue durée et les soins à domicile. Ces services sont des ressources internes importantes pour Southern Health-Santé Sud, car ils s'inscrivent dans son engagement d'offrir des soins centrés sur l'usager et la famille. Son engagement à réaliser son mandat, soit celui d'un organisme de santé bilingue offrant des services en français, en est un autre exemple.

Southern Health-Santé Sud est encore aux balbutiements de l'intégration de soins centrés sur l'usager et la famille dans d'autres secteurs que les services directs et individuels. Nous n'avons pas d'intervention directe ou de commentaires importants à faire en ce qui a trait aux comités ou à la planification, à l'exception de cas précis tels que les événements critiques. Nous encourageons l'organisme à formaliser davantage son engagement à intégrer les soins centrés sur l'usager et la famille à ses activités. Agrément Canada donne accès à différentes ressources utiles à l'appui de ce cheminement.

Southern Health-Santé Sud a mis au point un cadre et une approche d'amélioration de la qualité en symbiose avec sa vision, sa mission, ses valeurs et ses orientations stratégiques. La gestion du risque et de la qualité a été intégrée aux plans d'action de chaque service et secteur d'intervention. Cet engagement s'inscrit dans les plans d'action de chaque service et secteur d'intervention. L'organisme s'engage à offrir une formation axée sur l'amélioration de la qualité et une formation sur la certification LEAN, laquelle a été réussie. Cependant, on dénote un manque de capacités, de connaissances et de soutien aux unités et dans le cadre des programmes, ainsi qu'une connaissance limitée du cadre conceptuel de la qualité. Les améliorations apportées sont plutôt informelles. L'organisme doit appliquer concrètement son cadre conceptuel de gestion de la qualité dans le secteur de prestation des services de première ligne. Il a commencé à préparer des ressources axées sur cette application, dont une vidéo qui présente la pertinence et l'application des orientations stratégiques dans le cadre du travail quotidien du personnel. Il est nécessaire d'effectuer des efforts supplémentaires pour combler les lacunes présentes dans le secteur de première ligne.

Southern Health-Santé Sud a normalisé son approche en matière de gestion du risque dans toute la région. Depuis la dernière visite d'agrément, l'organisme a adopté le cadre Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) et utilise le système électronique de celui-ci. Cette mesure facilite la saisie et la consignation des risques ainsi que la comparaison par rapport aux autres organismes de soins de santé à l'échelle du Canada. Ces renseignements sont intégrés à la planification des services et aux décisions relatives à l'attribution des ressources. Southern Health-Santé Sud possède un système efficace de déclaration et de vérification des événements, notamment par des rapports réguliers au conseil d'administration. L'organisme a adopté une culture de sécurité pour les usagers, le personnel et les visiteurs, accompagné d'un programme efficace de prévention de la violence.

Southern Health-Santé Sud fait face à des sources de risque importantes, dont certaines structures physiques qui ne sont plus adéquates en raison de l'infrastructure désuète et de nouvelles exigences en matière de prestation de soins sécuritaires aux usagers.

Le cadre d'éthique de Southern Health-Santé Sud est bien conçu et mis de l'avant par un comité dévoué auquel siègent des représentants d'établissements affiliés. Le personnel a intégré ce cadre à sa pratique quotidienne, notamment dans les unités de santé mentale, les soins de longue durée, les services médicaux d'urgence, les Urgences et les soins à domicile. Dans d'autres secteurs, toutefois, le personnel ignore comment utiliser le cadre ou s'il doit l'appliquer.

Le comité d'éthique est inquiet de l'avenir du cadre d'éthique sous la direction de Soins communs.

Nous sommes reconnaissants pour l'ouverture manifestée par Southern Health-Santé Sud et ses établissements

affiliés pendant la visite d'agrément, et ce, à tous les niveaux (conseil d'administration, direction, gestionnaires, personnel de première ligne, personnel de soutien, médecins et surtout, les usagers et les familles).

Résultats détaillés sur les pratiques organisationnelles requises

Chaque POR est associée à l'un des secteurs d'objectifs de sécurité des usagers suivants : culture de la sécurité, communication, utilisation des médicaments, milieu de travail/effectif, lutte contre les infections, ou évaluation des risques.

Le tableau suivant présente chaque POR non conforme, l'objectif associé en matière de sécurité des usagers et l'ensemble de normes concernées.

Pratique organisationnelle requise non conforme	Ensemble de normes
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Communication	
Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	· Unité d'hospitalisation 10,2 · Soins critiques 9,4 · Santé mentale 9,5
Liste d'abréviations à proscrire Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en œuvre.	· Gestion des médicaments 14,6
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	· Obstétrique 8,5
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Utilisation des médicaments	
Sécurité liée à l'héparine La disponibilité des produits à l'héparine est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des événements liés à la sécurité des usagers ne sont pas entreposées dans les unités de soins.	· Gestion des médicaments 9,3
Sécurité liée aux narcotiques L'accès aux produits narcotiques est évalué et limité afin de s'assurer que les doses pouvant causer des événements liés à la sécurité des usagers ne sont pas entreposées dans les unités de soins.	· Gestion des médicaments 9,4

Pratique organisationnelle requise non conforme	Ensemble de normes
Médicaments de niveau d'alerte élevé Une approche consignée par écrit et coordonnée qui aborde la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé est mise en œuvre.	· Gestion des médicaments 2,5

Pratique organisationnelle requise non conforme	Ensemble de normes
Domaine de l'objectif de la sécurité des usagers : Évaluation du risque	
Prévention des plaies de pression Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en œuvre. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris en chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.	· Services périopératoires et interventions invasives 11,10 · Unité d'hospitalisation 9,9
Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	· Urgences 10,7 · Soins de longue durée 8,9
Phrophylaxie de la thromboembolie veineuse Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.	· Services périopératoires et interventions invasives 11,12 · Unité d'hospitalisation 9,10

Résultats détaillés de la visite d'agrément

La présente section fournit les résultats détaillés de la visite d'agrément. Lors de l'analyse de ces résultats, il est important d'examiner ensemble l'excellence des services et les résultats à l'échelle du système, car ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux manières : d'abord par processus prioritaire, puis par ensemble de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des domaines et des systèmes critiques qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des services et des soins de santé. Les processus prioritaires proposent une perspective différente de celle offerte par les normes, en organisant les résultats par thèmes qui recoupent les départements, les services et les équipes.

Par exemple, le processus prioritaire du cheminement de l'usager comprend des critères d'un certain nombre d'ensembles de normes qui traitent de divers aspects du cheminement de l'usager, en allant de la prévention des infections à la prestation de services diagnostiques ou chirurgicaux en temps opportun. Cela présente un tableau complet de la façon dont les usagers évoluent au sein de l'organisme et de la manière dont les services leur sont fournis, peu importe le service où ils se trouvent ou les services particuliers qu'ils reçoivent.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, justifient leur évaluation et commentent chaque processus prioritaire.

Les commentaires sur les processus prioritaires sont présentés dans le présent rapport. La justification des critères non conformes se trouve dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement en ligne de l'organisme.

Voir l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DANS LA PRÉSENTE SECTION : Les tableaux montrent tous les critères non conformes de chaque ensemble de normes, présentent les critères de priorité élevée (qui incluent les POR) et énumèrent les commentaires de visiteurs associés à chaque processus prioritaire.

Les critères de priorité élevée et les tests de conformité des POR sont établis d'après les symboles suivants :

POR	Critère de priorité élevée
!	Pratique organisationnelle requise
PRINCIPALE	Test principal de conformité de la POR
MINEUR	Test mineur de conformité de la POR

Résultats du processus prioritaire pour les normes à l'échelle du système

Les résultats contenus dans la présente section sont affichés d'abord par processus prioritaire, puis par ensemble de normes.

Certains processus prioritaires de la présente section s'appliquent également aux normes sur l'excellence des services. Les résultats des critères non conformes qui concernent également les services doivent être transmis à l'équipe pertinente.

Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux exigences d'excellence en matière de gouvernance.

Critère non conforme		Critères de priorité élevée
Ensemble de normes : Gouvernance		
2.8	Chaque membre du conseil d'administration signe une déclaration qui permet de reconnaître ses rôles et ses responsabilités, dont les attentes liées à ce poste et les obligations légales.	!
2.11	Le cycle de renouvellement des membres du conseil d'administration favorise l'ajout de nouveaux membres tout en assurant un équilibre avec le nombre de membres expérimentés afin d'appuyer la continuité de la mémoire de l'organisme et la prise de décision.	!
13.7	Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.	!
Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires		
Le conseil d'administration de Southern Health-Santé Sud a une vision et une mission claires des éléments développés en partenariat. L'engagement du conseil d'administration qui consiste à créer un environnement positif pour les usagers et le personnel se reflète en offrant un moment sacré, lequel est voué à la réflexion, au début de chaque réunion du conseil d'administration. Le ministre de la Santé nomme les membres du conseil d'administration régional de Southern Health-Santé Sud à partir de la liste de candidats qui ont postulé un poste auprès de ce conseil. Le formulaire de candidature des membres du conseil d'administration est affiché sur le site Web et contient les attentes et		

les responsabilités de ces membres. Les personnes intéressées peuvent présenter une nouvelle candidature chaque année. Le contrat est d'une durée de trois ans, avec possibilité de renouvellement de mandat. La gestion des transitions des membres est efficace.

Le conseil d'administration établit l'ensemble des compétences exigées chez les nouveaux membres, et le président recommande ces personnes au ministre de la Santé. Le président du conseil d'administration est nommé par le ministre. Les membres du conseil d'administration recherchent des personnes en mesure d'apporter des points de vue importants au conseil d'administration et à son rôle de gouvernance, et ils encouragent ces personnes à postuler. Le conseil d'administration croit que l'organisme Santé Manitoba, Aînés et Vie active, peut améliorer son processus pour l'étude des candidatures.

Les nouveaux membres du conseil d'administration reçoivent une orientation complète et on leur affecte un accompagnateur. Ils doivent aussi être en mesure d'accéder aux cours offerts par le Secrétariat des services de la Couronne pour exercer leurs fonctions efficacement.

Le conseil d'administration utilise l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance pour évaluer son rendement. Il a établi la nécessité d'améliorer ses processus pour transmettre des commentaires efficaces et pertinents à chaque membre du conseil d'administration.

Le modèle de gouvernance est axé sur le modèle de gouvernance de Carver. Le conseil d'administration a établi plusieurs comités, dont trois fonctionnant comme comités pléniers.

Les objectifs ultimes du conseil d'administration sont : des gens en santé dans un environnement sain; offrir des services de santé accessibles; offrir des soins de santé de qualité et centrés sur les personnes; et assurer un organisme de santé durable, responsable et réactif.

Southern Health-Santé Sud a tiré profit efficacement de son évaluation des besoins communautaires pour établir ses priorités. Le conseil d'administration reçoit des mises à jour du médecin hygiéniste en chef régional à l'égard de la santé des populations atteintes d'une maladie et les renseignements les plus à jour axés sur l'équité en matière de santé.

Le conseil d'administration dispose d'un tableau de bord de gouvernance qui sert à évaluer le rendement organisationnel par rapport aux objectifs ultimes et aux orientations stratégiques du conseil d'administration. Grâce à cet outil, le conseil d'administration peut recevoir les rapports de la haute direction qui portent sur les plans d'action de Southern Health-Santé Sud. Ces rapports appuient les orientations stratégiques et les objectifs du conseil d'administration. Ce dernier reçoit des mises à jour sur les risques qui ont été relevés concernant les stratégies, les activités et la conformité. Southern Health-Santé Sud a récemment adopté le cadre conceptuel de gestion des risques provinciaux. Il utilise aussi le système électronique de Healthcare Insurance Reciprocal of Canada pour consigner les risques.

La sécurité des usagers et la qualité sont prioritaires pour le conseil d'administration, et ce dernier s'engage à discuter longuement de ce sujet lors de chacune de ses réunions.

Southern Health-Santé Sud s'engage à encourager la participation des usagers et des communautés.

Le projet Blurring the Lines a permis d'élaborer une vision commune de l'amélioration de la santé et des soins de santé chez les Premières nations. Ce projet réussi, qui fait maintenant partie intégrante des activités permanentes menées à l'échelle de la région, est offert dans le cadre du programme axé sur les Autochtones. Des discussions sur l'intégration de ce projet auprès des Métis sont en cours. Southern Health-Santé Sud a aussi établi des projets en matière de ressources humaines afin d'augmenter le nombre de membres du personnel autochtone.

Le conseil d'administration s'engage à ce que Southern Health-Santé Sud s'acquitte de ses responsabilités en tant qu'organisme bilingue de services de santé afin que les usagers puissent recevoir des services en français sur demande. Il a créé des partenariats réussis avec des organismes à l'échelle locale et provinciale.qui offrent des services en français.

Le conseil d'administration s'appuie sur le cadre d'éthique de Southern Health-Santé Sud, en visant l'objectif « penser de façon stratégique, diriger de façon stratégique ».

Dans le cadre de la visite d'agrément et en réponse à la demande de Southern Health-Santé Sud, un examen des neuf conseils d'administration à but non lucratif communautaires affiliés a été effectué au Centre psychiatrique d'Eden, au foyer de soins personnels Heritage Life, au Menno Home for the Aged, au Prairie View Lodge, à la maison de soins infirmiers Rest Haven, au foyer de soins personnels Rock Lake Health District, à Salem Home Inc., à Tabor Home Inc., et à Villa Youville. En général, tous les conseils d'administration des foyers de soins personnels ont une bonne gouvernance. Leurs pratiques sont conformes aux politiques et aux règlements administratifs, et les membres du conseil d'administration se dévouent à offrir des soins sécuritaires et de haute qualité aux résidents et aux usagers de Southern Health-Santé Sud.

Le Centre psychiatrique d'Eden est un organisme confessionnel gouverné par un conseil d'administration très compétent et passionné. Celui-ci a une très bonne relation avec le nouveau PDG et directeur de programme. Bien que ce conseil d'administration se dévoue entièrement à sa clientèle, son cadre en tant que tel est vaste et complexe, et nous lui recommandons de revoir son organisation en vue de la réduire. Nous lui recommandons aussi d'établir une évaluation annuelle du conseil d'administration de pairs ainsi que des auto-évaluations entre pairs qui pourraient se dérouler après chaque réunion.

Le foyer de soins personnels Heritage Life est un organisme unique. Il appartient à la communauté de Niverville, est exploité en tant que fiducie, et Niverville Heritage Holdings Inc. est sa corporation mère. Le conseil d'administration a intégré le cadre d'éthique de Southern Health-Santé Sud à sa conjoncture récente, et chacun de ses membres possède de bonnes connaissances pratiques du cadre. Lorsque le conseil d'administration a décelé un décalage par suite de son évaluation des compétences, les réactions ont été positives, et on a encouragé les nouveaux membres à se joindre au conseil. L'organisme dispose d'un conseil d'administration bien équilibré formé de sept personnes et associé à un pseudo comité de nomination qui nomme les membres du conseil. Le conseil d'administration tient à maintenir un équilibre entre les sexes et les groupes d'âge.

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 de ce processus prioritaire.
Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

L'approche de Southern Health-Santé Sud en matière de planification et de conception des services associe efficacement les principaux éléments avec les orientations établies concernant la planification organisationnelle et la création des services. Ces principaux éléments sont entre autres l'évaluation des besoins des communautés en matière de santé, les risques organisationnels et stratégiques cernés et la mission, les valeurs et les orientations stratégiques. Il manque une approche plus formelle, soit celle d'intégrer les points de vue des usagers et de la communauté.

Southern Health-Santé Sud s'est servi efficacement de son évaluation effectuée en 2015 sur les besoins en santé de la communauté et d'une évaluation portant sur l'équité régionale en santé. Cette dernière a été réalisée en 2018 par l'équipe contribuant aux prises de décision, et elle s'appliquait aux plans d'action et aux plans stratégiques. La planification de l'évaluation des besoins en santé de la communauté pour l'année 2019 est en cours.

Dans le cadre de son projet « Des gens en santé, un environnement en santé », le conseil d'administration a établi les orientations stratégiques de l'équité en santé, de la promotion de la santé et de l'engagement et des partenariats communautaires. L'équipe contribuant aux prises de décision a rédigé des résumés d'une page de l'évaluation des besoins en santé de la communauté et des statistiques de la population. Son intention était de rendre ces données accessibles et de les présenter à grande échelle.

Southern Health-Santé Sud se sert de la plateforme électronique de gestion intégrée des risques HIROC pour compiler les risques. L'organisme a décelé neuf risques : six risques opérationnels, deux risques stratégiques et un risque financier. Les observations qui ont permis de confirmer les risques opérationnels et les stratégies d'atténuation des risques au cours de la visite d'agrément ont été notées. L'équipe de direction présente régulièrement un compte rendu des risques au conseil d'administration.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveillance, administration et intégration des activités associées à l'attribution et à l'utilisation des ressources.

L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.
Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires
Les processus de Southern Health-Santé Sud relatifs à l'attribution des ressources sont pertinents à ses orientations stratégiques. Les plans opérationnels annuels sont élaborés à partir d'une série d'hypothèses. Celles des dernières années prévoyaient notamment que les dépenses externes non contrôlées seraient les seules sources de croissance. Celles-ci incluent entre autres les augmentations apportées au Régime de pensions du Canada, l'inflation et les contrats établis. Ceci reflète les tensions entre l'orientation stratégique, qui consiste à offrir des services de santé accessibles, et le défi d'être un organisme de santé durable, responsable et réactif. Cette situation complique les capacités de Southern Health-Santé Sud de minimiser ses risques opérationnels tout en s'assurant d'offrir les services nécessaires. Des processus sont en place pour reconnaître les demandes en immobilisations et établir leur ordre de priorité. Chaque membre de la haute direction reçoit le soutien d'un analyste budgétaire, lequel s'engage à développer une compréhension des activités cliniques à financer. Le personnel d'encadrement a des capacités limitées quant à la gestion des budgets qui lui sont attribués et ses domaines de responsabilité avant de demander l'aide d'autres membres de la haute direction pour effectuer la transition. Le vérificateur de l'organisme n'a pas de recommandations à faire.

Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non conforme	Critères de priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
2.10 Une politique de vaccination et les procédures connexes, y compris la recommandation de certains vaccins aux membres de l'équipe, sont élaborées.	
10.14 Des dossiers de ressources humaines sont tenus pour l'ensemble des membres de l'équipe.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Southern Health-Santé Sud dispose d'une équipe dévouée de professionnels des ressources humaines qui travaillent à l'échelle de la région en suivant un modèle décentralisé de prestation des services. Les ressources humaines représentent un risque stratégique pour Southern Health-Santé Sud en raison du grand nombre d'employés admissibles à la retraite ou qui le seront au cours des cinq prochaines années. Le plan des ressources humaines et le plan d'action connexe comportent différentes mesures que l'organisme s'est engagé à prendre pour diminuer ce risque.

Les répercussions de Soins communs constituent un autre défi auquel fera face l'équipe des ressources humaines. Le personnel d'encadrement des ressources humaines de Southern Health-Santé Sud a reçu l'appui de groupes professionnels provinciaux pour participer à l'expansion de Soins communs et à l'élaboration de politiques provinciales. Ces mesures permettront à Southern Health-Santé Sud de partager ses activités d'intégration antérieures régionales réussies et de promouvoir la création d'une norme provinciale. Toutefois, en raison de ce travail, le personnel est beaucoup moins disponible pour participer à des projets à l'échelle régionale. Nous sommes particulièrement inquiets des répercussions éventuelles sur la capacité de la haute direction de Southern Health-Santé Sud à participer à la gestion des changements dans la région. Le personnel régional a trouvé le personnel de la haute direction peu présent récemment.

Le personnel des ressources humaines offre un appui et une collaboration importants aux équipes de direction régionales et de la haute direction. Ceci afin d'offrir des environnements physiques et sociaux favorables à la santé et sécuritaires, comportant la gestion des changements.

De nombreux membres du personnel ont mentionné ne pas avoir été évalués pour leur rendement ou ne pas avoir eu de conversation sur le rendement depuis plusieurs années. Nous encourageons l'organisme à faire un suivi à ce sujet pour voir si des conversations sur le rendement permettraient d'apporter des améliorations.

Southern Health-Santé Sud applique la politique provinciale HCS 215.5 de Santé, Aînés et Vie active du Manitoba. Cette politique porte sur la prestation d'un programme de prévention de la violence destiné aux

travailleurs de la santé du Manitoba et sur les procédures opérationnelles connexes. Une formation et un perfectionnement ainsi qu'une

stratégie de maintien en poste sont offerts au personnel. L'organisme a conclu un partenariat avec le Red River College pour offrir un cours de perfectionnement du leadership au personnel, cours axé sur la formation et le perfectionnement du personnel d'encadrement de demain. Personnes dont le perfectionnement professionnel est rentable pour l'entente de service

Southern Health-Santé Sud dispose d'une approche innovatrice pour augmenter le nombre de travailleurs de la santé autochtones. L'organisme développe son programme de financement réussi destiné aux élèves autochtones du secondaire qui envisagent une carrière en soins de santé afin de créer un programme axé sur les jeunes adultes autochtones.

Par suite d'un examen des dossiers des ressources humaines, de conversations auprès des directeurs des ressources humaines et du PCI et du médecin hygiéniste en chef régional, nous avons décelé un risque important pour les usagers et le personnel et qui n'a pas été abordé dans les plans d'action des ressources humaines ou du PCI. Southern Health-Santé Sud ne recueille pas de données sur les antécédents de vaccination du personnel. En outre, l'organisme a cessé d'exiger la divulgation des vaccins reçus dans sa liste de vérification des documents obligatoires à fournir par le personnel. Lors de la séance d'orientation du programme de PCI, on mentionne brièvement l'importance de la vaccination et la possibilité pour le personnel de fournir ses antécédents de vaccination. Le non-suivi de la vaccination reçue par le personnel et les médecins n'est pas conforme aux normes de pratique appliquées dans les autres organismes de soins de santé. Cette absence de suivi pose un risque important de transmission d'une infection d'un travailleur de la santé non vacciné à un usager et pose un risque pour le travailleur de la santé exposé. Le retrait obligatoire de travailleurs de la santé non vaccinés après une exposition risque d'entraîner une interruption importante des services offerts et représente une menace importante pour la sécurité des usagers. Nous encourageons fortement Southern Health-Santé Sud à collaborer avec Soins communs et Santé, Aînés et Vie active du Manitoba pour diminuer les risques. Nous avons aussi constaté un écart entre la pratique de Southern Health-Santé Sud et celle des organismes en matière de formation des travailleurs de la santé et des exigences de vaccination à leur égard avant d'être admis au programme.

Nous avons noté les problèmes de la charge de travail pour le personnel administratif et le personnel de gestion non syndiqués et celui de la compression de la rémunération.

Les stratégies non monétaires servent à aider les personnes qui passent à poste de gestionnaire par l'entremise d'un programme de mentorat.

Southern Health-Santé Sud continue d'augmenter le nombre de membres de travailleurs de la santé offrant des services en français aux usagers sur demande.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

Recours à un processus proactif, systémique et continu pour gérer et intégrer la qualité et atteindre les objectifs organisationnels.

L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.
Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Le conseil d'administration et l'équipe de la haute direction réalisent l'engagement important de Southern Health-Santé Sud en matière d'amélioration de la qualité et de sécurité des usagers en créant des plans d'action en équipe. L'évaluation du risque organisationnel influence l'élaboration de plans d'action au moyen de l'outil HIROC. Les plans d'action s'appuient sur des objectifs mesurables et indiquent clairement les personnes responsables. Ces outils permettent à Southern Health-Santé Sud d'avoir un cadre solide à partir duquel concevoir ses activités d'amélioration de la qualité. Toutefois, nous avons noté un écart entre le cadre et les plans d'action généraux et les activités d'amélioration de la qualité se déroulant en première ligne. Bien que l'on connaisse les plans d'action, les liens entre ceux-ci et le travail qui se déroule à l'unité ou au service ne sont pas toujours clairs. Le travail qui se déroule aux unités semble plus ponctuel ou réactif et, en général, il ne s'appuie pas sur un indicateur. Nous encourageons Southern Health-Santé Sud à établir et à renforcer les liens entre le cadre d'amélioration de la qualité, les plans d'action et les activités axées sur l'amélioration de la qualité qui sont menées dans les unités. L'organisme doit aussi développer les compétences nécessaires à l'organisation d'activités d'amélioration de la qualité dans les services.

Southern Health-Santé Sud a collaboré avec HIROC pour adopter l'outil électronique de ce dernier afin de remplacer le développement du manuel d'évaluation des risques. Il a intégré entre autres le système de migration des données utilisé pour comparer les données.

Southern Health-Santé Sud offre la formation ceinture jaune LEAN pour développer les compétences et l'expérience du personnel et du personnel d'encadrement en matière de supervision de projets d'amélioration de la qualité à petite échelle. Des directives détaillées portant sur l'AMDE ont été préparées et appliquées dans certains établissements à partir du portefeuille de la qualité, de la sécurité des usagers et des risques. Les contextes dans lesquels l'AMDE a été appliquée sont notamment le triage du service obstétrique et le cheminement des usagers aux Urgences. Nous recommandons au personnel d'utiliser beaucoup plus souvent l'AMDE, quoique des ressources additionnelles seraient nécessaires pour appliquer cette analyse à grande échelle.

Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes d'éthique

Prise de décisions sur les dilemmes et problèmes en matière d'éthique.

L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.
Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires
Un comité d'éthique dévoué offre des conseils concernant le cadre d'éthique de Southern Health-Santé Sud. Ce cadre sert à la prestation des services du personnel de première ligne et à la planification et aux prises de décision relatives à l'attribution des ressources. Bien que certains membres du personnel aient intégré le cadre d'éthique à leurs activités quotidiennes, d'autres connaissent peu ce cadre et son importance pour leur travail et les usagers. Nous encourageons Southern Health-Santé Sud à appliquer les connaissances du personnel de ses établissements et celles du personnel qui utilise le cadre d'éthique dans les activités quotidiennes de prestation de soins à l'échelle régionale. L'organisme peut aussi partager ses activités réussies avec Soins communs pour contribuer à l'élaboration du cadre d'éthique provincial actuel.

Processus prioritaire : Communication

Communication efficace à tous les échelons de l'organisme et avec les parties prenantes externes.

L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.
Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Le plan de communication de Southern Health-Santé Sud est axé sur ses valeurs fondamentales, soit le respect, la compassion, l'intégrité et l'excellence. Il contient précisément la mission et les objectifs établis en communiquant la vision, la mission et les orientations stratégiques de l'organisme. Southern Health-Santé Sud met l'accent sur la façon dont il communique avec ses parties prenantes externes et internes plutôt que sur le message. Il souligne « la façon de dire le message est plus importante que le message lui-même ».

Les principes sous-jacents au plan de communication sont les suivants :

• Communiquer et participer avec intégrité;

• Communiquer et participer avec compassion;

• Communiquer et participer avec excellence;

• Communiquer et participer avec respect.

Le plan décrit les comportements et les actes représentatifs et sous-jacents à ces principes.

Il utilise le concept du « portrait de famille », qui représente une approche directe et forte. Ce concept regroupe cinq éléments visuels importants qui représentent l'identité de Southern Health-Santé Sud, y compris celle d'un organisme de santé bilingue.

Southern Health-Santé Sud utilise diverses méthodes pour collaborer avec les parties prenantes internes et externes. L'organisme se sert d'une approche collaborative dans son travail et ses communications avec Soins communs et avec d'autres organismes de santé, y compris les organismes affiliés.

Southern Health-Santé Sud répond aux demandes des médias, car il reconnaît leur importance dans les communications avec les parties prenantes.

Pour communiquer efficacement avec ses parties prenantes internes et externes, la petite et dévouée équipe des communications se sert d'une approche professionnelle axée sur le renforcement des capacités auprès de l'équipe de direction régionale. Cette approche est axée sur la culture de responsabilités communes et renforce la présence locale de Southern Health-Santé Sud auprès des communautés.

Le plan des communications mentionne l'Association internationale de la participation du public. Nous encourageons Southern Health-Santé Sud à passer en revue ses modèles axés sur le continuum de son engagement auprès des usagers et des familles, comme le modèle de Carmen et coll. (Health Affairs, 2013). Un modèle plus représentatif du système de santé aiderait Southern Health-Santé Sud à mieux comprendre les différences entre les concepts « en consultation avec les usagers », « les usagers participent » et « en partenariat avec les usagers ».

Southern Health-Santé Sud a créé plusieurs ressources en ligne facilement accessibles pour aider le personnel à réaliser son travail et pour promouvoir son identité de marque. Des outils graphiques internes et en ligne sont offerts.

Southern Health-Santé Sud n'est pas présent sur les médias sociaux. Il a pris cette décision consciemment en raison du manque de ressources nécessaires au suivi et au maintien d'une présence efficace sur les médias sociaux en tant qu'organisme de santé. Cependant, cette décision comporte un risque, car les autres ont la possibilité de combler cet espace sur les médias sociaux. Apparemment, des discussions sont en cours avec Soins communs à propos des stratégies axées sur les médiaux sociaux. Les médias sociaux constituent un outil et une tactique importants pour communiquer avec les publics cibles qui utilisent les plateformes mobiles comme premier moyen de communication.

Southern Health-Santé Sud s'engage à faciliter l'accès des résidents de la région aux services de santé offerts en français, s'il s'agit de leur langue souhaitée. L'organisme a établi un solide partenariat avec la Table de concertation rurale du Sud pour améliorer l'accès à des services offerts en français. Southern Health-Santé Sud est reconnu pour ses pratiques exemplaires de recrutement et de perfectionnement de personnel pour amener celui-ci à offrir des services en français. Si son personnel est incapable d'offrir ces services eux-mêmes, l'organisme facilite l'accès à ces ressources. L'organisme s'est fixé des objectifs pour amener de plus en plus de membres du personnel à offrir des services bilingues. Il a participé à la création d'une nouvelle norme de l'Organisation de normes en santé appelée « Accès aux soins de santé et aux services sociaux dans les langues officielles du Canada ».

Processus prioritaire : Environnement physique

Création de structures et d'installations convenables et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les objectifs de l'organisme.

L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.
Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Le Bethesda Regional Health Centre subit des rénovations importantes de ses systèmes de chauffage, de ventilation et d'air conditionné dans le cadre de son projet de remplacement des salles d'opération. De plus, les génératrices seront remplacées dans une nouvelle structure adjacente. Un système redondant est en voie d'être construit dans de nouvelles structures pour réduire le risque de panne du système.

Tous les critères associés à l'environnement physique de services médicaux d'urgence ont été respectés. Le leadership des services médicaux d'urgence est exceptionnel. De nombreux éléments ont été mandatés par les provinces. Tous les ambulanciers paramédicaux ont accès aux renseignements sur le conducteur inscrits au dossier, et ces renseignements sont mis à jour chaque année. Une formation sur l'exploitation du service d'ambulance est offerte régulièrement. La flotte de véhicules est bien entretenue grâce à un programme d'entretien préventif. Les systèmes de chargement sont puissants; aucune opération de levage manuel n'est nécessaire. Les événements majeurs sont déclarés et examinés, et un suivi approprié est effectué.

L'agence responsable de la gestion des véhicules veille à l'entretien, aux réparations et aux remplacements nécessaires pour les véhicules des services médicaux d'urgence.

Le Boundary Trails Health Centre est impeccable. Il a ajouté un membre du personnel d'entretien à temps plein pour les services périopératoires afin de maintenir la propreté de l'établissement. Le personnel de stockage est recruté dans la région, et la société collabore de près avec le programme de PCI. Les centres régionaux (Portage District General Hospital, Bethesda Regional Health Centre et Boundary Trails Health centre) se sont distingués par la mise en œuvre d'un système de rideau dépourvu de crochets afin d'offrir plus d'intimité, leur système de prévention et de contrôle des infections et l'ergonomie pour leur personnel d'entretien. Vingt échangeurs d'air sont entretenus de façon constante. Deux systèmes d'alimentation électronique sont installés dans l'établissement. Des mesures ont été prises pour remplacer les systèmes d'éclairage par un système d'éclairage DEL dans tout l'établissement.

Aucune visite formelle n'a été effectuée dans l'environnement physique du Portage District General Hospital. Cependant, nous avons conclu, par suite de l'évaluation de la salle d'opération, que l'état des lieux était très problématique. La salle est trop petite, et sa disposition fait en sorte qu'il est impossible de gérer l'équipement et le cheminement des usagers de façon appropriée. Les portes sont faites de bois non peint et ébréché et sont mal entretenues, ce qui est inacceptable.

Processus prioritaire : Préparation pour les situations d'urgence

Planification pour les situations d'urgence, les catastrophes et autres aspects de la sécurité publique et gestion de ceux-ci.

Critère non conforme	Critères de priorité élevée
Ensemble de normes : Santé publique	
13.3 Des critères d'activation clairs ont été établis en cas d'intervention d'urgence.	!

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Le processus de préparation pour les situations d'urgence est centralisé et appliqué à l'échelle locale. L'agent régional de gestion des opérations en cas de catastrophe possède un vaste réseau de personnes-ressources locales, régionales et provinciales qui permettent à l'organisme de disposer d'un plan d'urgence efficace. Southern Health-Santé Sud fait partie d'un réseau provincial de gestion des opérations en cas de catastrophe, dont les membres se rencontrent chaque trimestre. Le réseau a amorcé sa planification des inondations au printemps 2019, et il a établi des partenariats pour intervenir rapidement.

Nous encourageons Southern Health-Santé Sud à réfléchir à l'importance de la préparation pour les situations d'urgence en cette période d'intensification actuelle sans précédent des cas de syphilis. Cette situation nécessite un système d'intervention à grande échelle, au-delà du système de santé publique (p. ex., un type de code orange). Comme Portage la Prairie a un taux de 26 pour cent de pauvreté et de consommation de drogues, le risque de propagation des infections est très élevé, de même que celui associé aux coinfections telles que le VIH.

Depuis que la haute direction a réalisé une simulation en 2018, intitulée Turn Up the Heat, une vidéo a été produite et adaptée pour être utilisée par l'OGU de la ville de Portage la Prairie. Le personnel a eu l'occasion d'appliquer ses connaissances lors de deux événements de codes rouge et vert, le premier étant un événement de stade 1, et l'autre étant un événement grave de stade 2. Le Pembina Manitou Health Centre a également été évacué pour une période de sept jours. Nous félicitons les équipes pour avoir réussi à assurer la sécurité des résidents et du personnel et pour leur bon travail d'équipe, y compris leur collaboration avec leurs partenaires communautaires. Le chef des pompiers local de Portage la Praire, qui est aussi directeur de la sécurité publique, a participé à plusieurs activités, en passant par la planification, l'exécution et l'évaluation.

Le Portage District General Hospital a également géré efficacement un événement de code rouge survenu pendant la visite d'agrément.

Southern Health-Santé Sud applique une politique officielle pour intervenir en cas de catastrophe et d'urgence en utilisant un système de commandement des interventions. Une orientation et une formation

ont été offertes au personnel, lequel reçoit des mises à jour continues concernant les codes. Les feuilles de tâches sont claires et utilisées, de même que les rapports rédigés après les événements. Chaque événement et exercice de simulation a permis d'acquérir des connaissances, que l'équipe applique afin de s'améliorer constamment.

Certains protocoles d'entente doivent être mis à jour ou prioritaires pour les mises à jour en cas de refonte provinciale. Ces protocoles d'entente comprennent le protocole d'entente d'octobre 2013 auprès des Services à la famille et Logement Manitoba et un modèle de protocole d'entente de 2013 auprès de communautés ou de municipalités rurales. Nous recommandons à l'organisme de mettre à jour ces protocoles avec Soins communs. Le protocole d'entente auprès des communautés et des municipalités rurales en matière de préparation pour les situations d'urgence subit une mise à jour.

L'organisme a une bonne relation professionnelle avec les équipes en santé publique de la région et avec le ministre pour consulter le médecin hygiéniste en chef et les experts en épidémiologie. Il possède une excellente interface en matière de contrôle des infections pour son expertise. Il prévoit mettre à jour quatre codes pour l'année 2019-2020 et offrir régulièrement des formations, des évaluations et des améliorations concernant les codes existants.

Processus prioritaire : Soins centrés sur les personnes

Travailler de pair avec les usagers et leur famille pour planifier et offrir des soins respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, en plus de faire en sorte que ces soins soient améliorés continuellement.

Critère non conforme		Critères de priorité élevée
Ensemble de normes : Soins ambulatoires		
1.1	Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
Ensemble de normes : Traitement du cancer		
27.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers		
1.11	Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
Ensemble de normes : Soins critiques		
3.3	Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
3.13	Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir des observations et leur apport sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
Ensemble de normes : Urgences		
1.8	Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5	L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	

3.5	Les obstacles des Urgences qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.	
4.3	Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
4.15	Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir leur apport et des commentaires sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
17.7	Les événements liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
18.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
Ensemble de normes : Services médicaux d'urgence et transport entre établissements		
26.8	Les événements liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
27.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
Ensemble de normes : Gouvernance		
2.3	Le conseil d'administration compte des usagers parmi ses membres, lorsque c'est possible.	
Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation		
3.3	Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
3.12	Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir des observations et des commentaires sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
Ensemble de normes : Leadership		

3.6	Le personnel d'encadrement de l'organisme discute régulièrement avec les usagers et leurs familles afin d'obtenir leur point de vue et d'être informé de leurs connaissances au sujet des possibilités d'amélioration dans le but d'en tenir compte.	
6.2	Lors de l'élaboration des plans opérationnels, les observations des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes sont sollicitées, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
Ensemble de normes : Soins de longue durée		
17.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
Ensemble de normes : Santé mentale		
1.10	Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
Ensemble de normes : Obstétrique		
1.1	Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.7	Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4	L'espace est conçu avec l'apport des usagers et des familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
3.3	Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
3.13	Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir des observations et leur apport sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
17.9	Les événements liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!

18.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives		
25.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
Ensemble de normes : Soins primaires		
2.5	L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
15.7	Les événements liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
Ensemble de normes : Santé publique		
16.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
Ensemble de normes : Télésanté		
16.7	Les événements liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Les soins centrés sur les personnes sont un principe fondateur qui se reflète dans la culture et les pratiques organisationnelles de Southern Health-Santé Sud. La prestation de soins centrés sur les personnes se traduit par un travail effectué en collaboration avec les usagers et leur famille de manière à offrir des soins respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, qui répondent à leurs besoins, à leurs valeurs, à leurs antécédents culturels, à leurs croyances ainsi qu'à leurs préférences. Ainsi, nous mettons l'accent sur l'entretien de partenariats mutuellement bénéfiques parmi le personnel de l'organisme et les usagers et familles qu'ils servent. L'engagement et la collaboration se manifestent par l'élaboration de

plans de soins et par la gestion des plaintes, des inquiétudes et des événements liés à la sécurité. Ces moyens de communication et de gestion des relations servent de cadre et de processus pour demander aux usagers et aux familles d'intégrer leur apport, leurs points de vue et leurs commentaires. Ceci permet d'améliorer la qualité, la sécurité et l'expérience de soins chez les usagers et leur famille.

Dans le cadre de ces objectifs, les soins centrés sur les personnes sont plus qu'un travail de partenariat avec les usagers et les familles visant à mettre au point des solutions appropriées et à s'assurer de tenir compte des valeurs des usagers dans la prise de décisions cliniques touchant leurs soins. Il s'agit d'une philosophie et d'une approche qui permettent de renforcer et d'orienter tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services et des programmes. Ce projet nécessite de créer des partenariats avec les usagers et les familles afin de passer en revue et d'améliorer les programmes et services. Ces partenariats conjoints consistent à intégrer les usagers et les familles au modèle organisationnel, à la mise en œuvre des services et aux processus d'évaluation et de prise de décision.

Pour Southern Health-Santé Sud, l'évolution et l'adoption culturelle de soins centrés sur les personnes nécessitent des clarifications de la part de la direction, une vision, un leadership et une gestion stratégique des changements. Pour adopter et perpétuer la philosophie des soins centrés sur les personnes dans le cadre des activités habituelles, il faut fondamentalement changer sa vision de la conception des services et des rôles, non seulement le rôle du personnel de l'organisme, mais aussi celui des usagers et des familles. Il faut de même changer sa vision des relations entre les usagers, les familles, la direction et les équipes de Southern Health-Santé Sud. Nous encourageons l'équipe de direction à superviser l'intégration d'un conseiller des usagers ou de la famille au comité d'éthique ou de la qualité, à l'aide du cadre conceptuel d'amélioration de la qualité de l'organisme et des outils de gestion des changements. Il faudrait idéalement tester ce projet pilote dans un établissement communautaire réceptif.

Processus prioritaire : Cheminement de l'usager

Évaluation du mouvement fluide et opportun des usagers et de leur famille entre les établissements de prestation de service.

Critère non conforme		Critères de priorité élevée
Ensemble de normes : Urgences		
3.12	Les protocoles établis pour la gestion des usagers sont suivis lorsque les lits d'hospitalisation ne sont pas disponibles.	
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives		
9.9	Les périodes d'attente pour les services sont suivies et comparées aux objectifs cernés (p. ex., les périodes d'attente établies sur le plan provincial).	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Un groupe de travail sur les indicateurs du cheminement des usagers a été établi en juin 2015 après la dernière visite d'agrément effectuée auprès de Southern Health-Santé Sud. Le groupe a rapidement reconnu l'importance du cheminement de l'usager pour favoriser la sécurité des usagers et des résidents et pour atténuer les risques. Il reconnaît aussi les bienfaits d'adopter une approche régionale. Le groupe a apporté différentes mesures pour améliorer le cheminement de l'usager à l'échelle de la région, y compris :

- La création de stratégies de cheminement pour les trois centres régionaux;
- L'intégration de systèmes d'information aux Urgences dans les trois services régionaux des Urgences et le suivi des périodes d'attente aux Urgences;
- L'élaboration et l'intégration d'une politique en matière de placement temporaire;
- L'établissement de neuf indicateurs clés à partir de données sur les établissements et les unités, sous forme de rapport des activités ayant trait au cheminement de l'usager;
- La création de tableaux de bord facilement accessibles et qui affichent des données à examiner et à transmettre;
- La participation à des comités médicaux consultatifs régionaux dans tous les centres régionaux;
- L'intégration de médecins-chefs et de gestionnaires;
- La tenue de discussions régulières concernant les lits;

- Le poste d'animateur sur l'utilisation, anciennement appelé coordonnateur des congés;
- L'intégration de coordonnateurs de cas de soins à domicile en milieu hospitalier, dans trois hôpitaux régionaux;

• La mise au point d'un projet pilote en milieu hospitalier, appliqué au Bethesda Regional Health Centre;

• L'ajout de membres au comité, en mars 2019, dans les secteurs des soins à domicile, des personnes âgées, des soins palliatifs et du traitement du cancer.

Les défis permanents sont notamment :

• La période d'attente des usagers pour leur placement dans d'autres niveaux de soins

• L'accès à des services de santé et à des établissements appropriés pour les usagers atteints d'une maladie mentale

• L'accès aux soins à domicile pour les régions rurales Actuellement, les usagers en milieu rural font face à une période d'attente d'un mois, en grande partie à cause de la pénurie de soignants à domicile. De plus, pour les Premières nations, les soins à domicile ne sont offerts que du lundi au vendredi. Cet horaire empêche d'accorder des congés les fins de semaine ou de soigner des usagers ayant besoin de soins à domicile six ou sept jours par semaine.

• Un transport adapté aux usagers en attente d'un traitement ou d'examens dans un hôpital de Winnipeg. On a mentionné entre autres que les usagers disposant de ressources financières limitées étaient transportés par ambulance, car même s'ils recevaient une aide financière de 25 $, ils n'avaient pas les moyens de payer un transfert privé. Cependant, plusieurs voyaient leur transport annulé en raison d'une urgence et, par conséquent, manquaient leur rendez-vous.

• Possibilités d'hébergement approprié pour les usagers sans-abri

Nous recommandons à l'organisme d'améliorer son cheminement de l'usager et les soins prodigués en planifiant des examens de groupe. Ainsi, les usagers qui parcourent de longues distances pour obtenir leurs services pourraient réduire le nombre de déplacements et y consacrer moins de temps.

Les membres du comité du cheminement de l'usager sont dévoués et passionnés par leur travail. Ils connaissent leur mandat et l'importance de leur rôle dans la prestation de soins sécuritaires et de qualité aux usagers. Ils sont le moteur de ce service! Ils reçoivent un soutien dans leur prise de décision afin d'avoir tous les renseignements nécessaires pour prendre leurs décisions et évaluer les progrès. De plus, ils savent comment utiliser les données produites.

Nous encourageons le comité du cheminement de l'usager à intégrer les projets de cheminement de l'usager dans les hôpitaux non régionaux, les unités de soins de longue durée et les autres programmes et à partager son travail et ses réussites. Le comité devra effectuer un suivi périodique pour s'assurer de maintenir les progrès réalisés.

Le Bethesda Regional Health Centre utilise des tableaux blancs au chevet. L'utilisation de tableaux blancs est normalisée à l'échelle de Southern Health-Santé Sud, et nous félicitons l'organisme pour avoir instauré cette stratégie.

Le Bethesda Regional Health Centre fait face à des délais dans l'admission d'usagers provenant des Urgences. C'est surtout le cas en soirée et pendant la nuit en raison du manque de spécialistes en soins actifs disponibles. Les usagers doivent patienter aux Urgences jusqu'à l'arrivée du spécialiste en soins actifs, en matinée. Cette attente nuit aux activités du service des Urgences et au cheminement de l'usager. Nous recommandons à l'organisme de trouver des moyens de simplifier son processus d'admission pour le maintenir actif 24 heures sur 24.

Le Portage District General Hospital a un processus bien établi de tournées quotidiennes au chevet. De plus, il utilise efficacement un tableau blanc à jour qui indique la disponibilité des lits aux Urgences. La réalisation d'un projet d'amélioration de la qualité mené en 2017 ayant pour mission d'améliorer le cheminement de l'usager a permis d'apporter certains changements. Parmi ceux-ci, on compte l'accueil des usagers dans les unités médicales et pédiatriques plutôt que leur aiguillage à partir des Urgences, et la normalisation de la liste de vérification des admissions pour tous les appels en provenance des Urgences. Grâce à la mise à jour de renseignements concernant la disponibilité des lits, effectuée par l'unité au moyen du tableau blanc affiché aux Urgences, il n'est plus nécessaire d'appeler constamment le responsable de l'utilisation.

Nous encourageons l'équipe à intégrer à son comité des représentants des services médicaux d'urgence et du transport entre établissements, étant donné que le rôle de ces représentants est important pour le cheminement de l'usager. L'équipe aurait aussi intérêt à formaliser ses cadres et ses processus pour renforcer l'apport des usagers et des familles et à évaluer la possibilité d'intégrer un représentant des usagers et des familles au comité du cheminement de l'usager. Ceci permettrait de réaliser la mission de Southern Health-Santé Sud, qui consiste à offrir une approche centrée sur les personnes, collaborative, normalisée et intégrée du cheminement de l'usager.

Processus prioritaire : Appareils et instruments médicaux

Obtention et entretien des machines et des technologies employées pour diagnostiquer et traiter des problèmes de santé.

Critère non conforme		Critères de priorité élevée
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives		
4.3	L'équipement chirurgical et les appareils et instruments médicaux qui sont retournés à la salle d'opération ou d'intervention après une réparation ou un remplacement portent un avis clair et signé, sur lequel figurent la date de retour ou d'arrivée et une description de la réparation ou de l'achat.	!
Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables		
3.6	L'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
8.2	Les lavabos dans l'unité de retraitement sont équipés de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou encore d'un œil magique, de distributeurs de savon automatiques et de serviettes à usage unique.	
11.3	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
15.1	Un programme d'amélioration de la qualité des services de retraitement est en place et il intègre les principes de contrôle de la qualité, de gestion des risques et d'amélioration continue.	
15.2	Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes et des membres de l'équipe	
15.3	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des parties prenantes.	
15.4	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes.	!

15.5 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des parties prenantes.

15.6	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.7	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
15.9	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour établir l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.10	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en œuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
15.11	Les renseignements relatifs aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent sont communiqués aux parties prenantes, aux équipes, au personnel d'encadrement d'organismes et à d'autres organismes au besoin.	
15.12	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des parties prenantes.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Southern Health-Santé Sud gère bien les appareils et instruments médicaux, des achats à l'entretien préventif, en passant par le nettoyage, la désinfection et la stérilisation obligatoires. Les politiques, les procédures et les processus sont appliqués adéquatement pour assurer la sécurité de tous ceux qui entrent en contact avec ces appareils.

Les services médicaux d'urgence s'assurent de bien entretenir, nettoyer, désinfecter et entreposer ses véhicules et son équipement pour offrir les services nécessaires.

Les objets coupants sont manipulés en toute sécurité par les établissements régionaux. Les contenants pour objets coupants sont bien placés et retirés lorsqu'ils sont pleins.

Le personnel de l'unité de retraitement possède la formation et l'éducation appropriées pour faire en sorte d'être compétent. La séance d'orientation est complète, et le personnel reçoit une formation continue. Une formation sur les pratiques d'hygiène des mains est offerte lors de la séance d'orientation et cette pratique est vérifiée régulièrement. Des évaluations du rendement sont effectuées régulièrement. Le personnel est reconnu pour ses services. Les besoins en ressources humaines de l'unité sont régulièrement évalués et on apporte les changements en conséquence, avec l'approbation des cadres supérieurs. Le personnel de ces unités fait preuve d'un excellent travail d'équipe et d'aptitudes exceptionnelles pour la communication.

Les unités de retraitement d'appareils et instruments médicaux sont propres et bien entretenues. Cependant, l'infrastructure désuète et à l'étroit de certaines unités est problématique. Beaucoup de mesures ont été prises pour atténuer le risque de contamination croisée, mais l'environnement n'est pas idéal. De nouveaux espaces sont prévus pour l'unité de retraitement d'appareils et d'instruments médicaux

du Boundary Trails Health Centre. La nouvelle disposition permettra de prodiguer des soins beaucoup plus sécuritaires et efficients. Le The Portage District General Hospital fait face à des problèmes importants à régler. Les comptoirs en bois sont progressivement remplacés par des comptoirs en acier inoxydable, ce qui est excellent. Les robinets des éviers de l'unité de retraitement ne sont pas mains libres, ce qui est la pratique courante. Il n'y a pas de plomberie ou de système de ventilation dans l'unité de retraitement des appareils d'endoscopie, et il fait extrêmement chaud dans cette aire. Toutes les mesures possibles ont été appliquées pour éliminer le risque de contamination croisée à l'aide de contenants fermés dans cette aire. Toutefois, le fait de placer des objets propres et des objets sales dans le même espace restreint est problématique.

Tous les établissements doivent intégrer un programme régional et systématique d'amélioration de la qualité. Dans certains établissements, on recueille des données pour de nombreux indicateurs et on mène des projets en matière de qualité, mais il serait avantageux d'élargir le programme. Nous recommandons d'appliquer à tous les secteurs les projets réussis d'un secteur donné.

Southern Health-Santé Sud devrait être très fier du travail accompli par ses équipes de services de retraitement ainsi que par les personnes responsables de l'achat et de l'entretien d'équipements médicaux.

Résultats de processus prioritaires pour les normes portant sur des populations spécifiques

Les résultats contenus dans la présente section sont regroupés d'abord par ensemble de normes, puis par processus prioritaire.

Les processus prioritaires s'appliquant aux normes portant sur des populations spécifiques sont les suivants :

Santé et bien-être de la population

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

Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population – Intégration horizontale des soins

Critères non conformes	Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population	

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

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires
Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population

Bien que les personnes âgées soient encore considérées comme des populations prioritaires dans les provinces et les régions, la visite d'agrément portant sur la santé et le bien-être de la population était axée sur les populations atteintes de maladies chroniques.

Les équipes responsables des soins primaires, en santé publique et en modes de vie sains, sont dynamiques et travaillent ensemble pour réduire le fardeau des maladies chroniques. Ceci grâce à ses activités de coordination des services, de promotion de la santé et de prévention des maladies. L'organisme est reconnu pour son travail auprès de nombreux partenaires, y compris de partenaires du secteur récréatif, de dirigeants municipaux, de groupes d'églises, d'activistes communautaires et de groupes de défense de la santé. Ces groupes disent beaucoup de bien du personnel et du travail qu'il accomplit. Nous encourageons l'organisme à renforcer ces liens pour recruter des usagers et des membres de leur famille afin qu'ils participent à la planification et à la conception des services, aux projets d'amélioration de la qualité et aux activités axées sur la sécurité des usagers.

La dernière évaluation portant sur la santé communautaire a été réalisée en 2014, et la prochaine aura lieu en 2019. Entre-temps, l'organisme poursuit sa collecte, ses analyses et son partage de données importantes sur la population. Il est reconnu pour sa planification des indicateurs sur l'état de santé dans les cas de mortalité précoce afin de créer une image frappante. Ces renseignements pourraient aider à établir les priorités et les mesures à partager et à aborder dans le cadre des nombreux programmes et services offerts

par Southern Health-Santé Sud.

L'organisme prend de plus en plus conscience que le fardeau des maladies chroniques est accru par les inégalités, la ruralité, les facteurs sociaux de la santé et le racisme.

L'équipe responsable de la santé publique et des modes de vie sains a ciblé trois priorités : l'équité en matière de santé et les politiques publiques saines, la main-d'œuvre et les infrastructures et les données utilisées pour la prise de décision. Nous encourageons l'équipe à continuer d'examiner régulièrement les conseils éclairés par des données probantes, avec l'apport des usagers et des familles, et à partager ses pratiques prometteuses avec les autres.

L'équipe est responsable d'administrer deux types de subventions pour les modes de vie sains. Les destinataires disent beaucoup de bien du processus et des possibilités d'accéder à ces fonds. Nous recommandons de réacheminer une partie de ces fonds ou les fonds en entier pour établir les facteurs déterminants de la santé et permettre aux communautés de comprendre et de régler les problèmes en amont.

L'organisme offre un programme de prise en charge autonome, appelé En santé ensemble, destiné aux personnes atteintes de maladies chroniques. Ce programme est axé sur les principes de formation des adultes, de résolution de problèmes et de communication axée sur la motivation. Un grand nombre de personnes participent à ce programme.

Comme il accueille une population de plus en plus jeune et diversifiée, Southern Health-Santé Sud devrait poursuivre sa promotion d'une culture axée sur la sécurité et offrir d'autres formations appropriées. L'équipe responsable de la santé publique et des modes de vie sains est reconnue pour son plan d'action qui défend l'équité raciale autochtone et qui combat le racisme (de juin 2018 à juin 2019).

Les équipes qui participent au programme et aux services ont les possibilités de planifier et d'agir ensemble pour mieux répondre aux besoins et améliorer les résultats chez les populations prioritaires. Elles devront transmettre régulièrement leurs messages internes et publics pour réussir leur projet.

Nous félicitons l'organisme d'avoir porté attention aux groupes vulnérables et pour la passion déployée par le personnel et le personnel d'encadrement pour combattre les inégalités.

Résultats des normes sur l'excellence des services

Les résultats contenus dans la présente section sont regroupés d'abord par ensemble de normes, puis par processus prioritaire.

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

Leadership clinique

- Offrir le leadership et des directives aux équipes qui assurent les services.

Compétence

- Mettre sur pied une équipe compétente, informée et interdisciplinaire capable de gérer et de fournir des programmes et des services efficaces.

Épisode de soins

- Faire équipe avec les usagers et les familles pour fournir des services centrés sur l'usager tout au long de la rencontre de soins de santé.

Aide à la décision

- Maintenir des systèmes d'information efficients et sécuritaires pour appuyer une prestation de services efficace.

Répercussions sur les résultats

- Utiliser des données probantes et des mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

Gestion des médicaments

- Faire appel à des équipes interdisciplinaires pour gérer la fourniture de médicaments aux usagers.

Dons d'organes et de tissus

- Offrir des services de dons d'organes ou de tissus, en identifiant les donneurs potentiels et en faisant leur suivi jusqu'à leur rétablissement.

Prévention et contrôle des infections

- Mettre en place des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission des infections au sein du personnel, des prestataires de services, des usagers et des familles.

Santé publique

- Assurer le maintien et l'amélioration de l'état de santé des populations en encourageant et en instaurant des politiques et des pratiques visant à prévenir les maladies et à évaluer, protéger et promouvoir la santé.

Ensemble de normes : Soins ambulatoires – Prestation de services directs

Critères non conformes	Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétence	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Nous avons visité deux centres de soins ambulatoires.

Le Portage District General Hospital, de Portage la Prairie, a aménagé une unité de dialyse comptant neuf lits grâce à un programme de financement provincial direct. Deux séances de dialyse ont été offertes dans le cadre de quarts de travail de douze heures, chaque jour, du lundi au vendredi.

Le Boundary Trails Health Centre, de Winkler, offre des services postopératoires à trois chirurgiens orthopédistes (p. ex., un suivi postopératoire, l'enlèvement de points de suture, les plâtres) dans le cadre de séances hebdomadaires d'une journée. Les chirurgiens généralistes et les gynécologues reçoivent un soutien les deux autres jours pour les chirurgies mineures et la colposcopie respectivement.

L'unité de Portage est située au sous-sol d'un vieil édifice. Elle dispose d'une chambre d'isolement à pression négative et offre suffisamment de place pour les lève-personnes et l'équipement. Le poste de soins infirmiers est petit et très occupé, et est utilisé pour gérer les médicaments. La pièce est très sombre, car elle dispose d'une seule petite fenêtre. Le personnel gère très diligemment les médicaments, l'espace limité pour le bureau et l'éclairage inadéquat. S'il prévoit faire des rénovations, l'organisme devrait agrandir l'espace disponible pour la dialyse et s'assurer que le poste de soins infirmiers offre un espace suffisant. Ces mesures permettront de gérer les médicaments en toute sécurité, de remplir les documents et d'effectuer d'autres activités associées aux soins infirmiers.

L'espace physique de Winkler est nouveau, bien réparti et propice à un bon déroulement du travail. L'aire d'attente est partagée avec l'imagerie diagnostique sans causer de problème. L'organisme prévoit transférer la haute direction et d'autres services dans un établissement externe pour accorder plus d'espace aux services ambulatoires.

Les équipes qui travaillent dans les deux établissements sont très compétentes, motivées, bienveillantes et axées sur les usagers. Le personnel d'encadrement est très respecté et enthousiaste et promeut constamment le travail d'équipe et l'amélioration de la qualité. Une évaluation et des changements sont effectués constamment pour encourager le travail d'équipe, mais il n'y a aucune évaluation formelle. En général, le personnel est content de son travail, mais il aimerait que des changements soient apportés, comme l'accès à davantage d'applications électroniques. Ceci permettrait de réduire les chevauchements et le nombre d'erreurs et de maximiser le temps consacré aux usagers.

Les relations avec les services et les groupes communautaires favorisent la sensibilisation envers les services, les transitions et le suivi.

Les communications entre les deux unités de soins sont extrêmement bonnes (p. ex., réunions, notes, commentaires et soutien continus de la part du personnel d'encadrement). Cependant, la plupart des membres du personnel aimeraient recevoir davantage de renseignements de la part de la haute direction. Le personnel se sent très appuyé pour ses contributions au sein de l'unité, mais pas autant sur le plan organisationnel.

Processus prioritaire : Compétence

La dotation, l'équipement, les systèmes de secours et les ressources sont appropriés pour des services ambulatoires. L'embauche et les évaluations du personnel de Portage sont effectuées par le gestionnaire du programme provincial de néphrologie de Winnipeg. L'établissement pourrait envisager d'intégrer l'infirmier-ressource en soins cliniques à ces processus.

Les évaluations ne sont pas à jour à l'établissement de Portage. Nous encourageons l'organisme à effectuer des évaluations régulièrement pour permettre au personnel d'avoir des conversations formelles à propos de ses forces, de ses points à améliorer et de ses besoins en matière de perfectionnement professionnel.

La formation portant sur la dialyse à Portage est échelonnée sur six semaines à Winnipeg, et comprend quatre semaines de travail supervisé à l'unité. À Winkler, on compte deux membres du personnel infirmier autorisé; l'un est un technicien orthopédique autorisé, et l'autre est en voie de terminer sa formation.

Dans les deux unités, le personnel a reçu une formation sur le traitement des plaies. Le personnel a accès à différentes mises à jour annuelles, de nombreux webinaires et des renseignements à lire. Les deux équipes sont très fières des services qu'elles assurent ainsi que de la formation et du perfectionnement offerts.

Processus prioritaire : Épisode de soins

À Portage, les services sont offerts par des médecins locaux qui font des tournées et par un adjoint au médecin qui fait des visites chaque jour. Un soutien externe est offert dans le cadre de tournées

hebdomadaires par téléphone auprès d'un néphrologue et d'un gestionnaire de Winnipeg. Les travailleurs sociaux et les intervenants autochtones en services de soutien offrent ce que le personnel qualifie de service exemplaire.

À Winkler, l'usager reste dans l'unité de soins ou dans le bureau, et le médecin et le personnel viennent offrir des services dans la chambre. Ces mesures sont louables. À des fins de contrôle des infections, nous encourageons l'organisme à faire en sorte que son personnel prodigue des traitements sur une table ou un support dans la salle plutôt que sur le bureau.

Les usagers sont très contents des soins et des services reçus et font des commentaires élogieux concernant le personnel. Les usagers sont bien informés des soins et des services et contribuent un peu à la planification et aux changements par l'entremise de mécanismes de plaintes et de sondages. Cependant, ils participent peu aux activités telles que les évaluations des besoins, la planification et la conception.

Sept personnes sont inscrites à la liste d'attente pour les traitements de dialyse offerts à Portage. Le ministère a récemment annoncé qu'une autre séance serait financée, ce que le personnel attend avec impatience. L'unité de Winkler n'utilise pas de listes d'attente, mais le nombre de séances augmente rapidement.

Winkler ne semble pas faire face au problème de rendez-vous manqués d'usagers. À l'unité de Portage, il arrive que des usagers ne se présentent pas ou écourtent les périodes de traitement, de façon pas toujours appropriée. Les problèmes de transport sont l'une des raisons en cause de ces rendez-vous manqués. L'établissement ne fait aucun suivi des rendez-vous manqués ou des traitements écourtés pour cerner l'ampleur et les causes du problème. Nous encourageons l'organisme à faire le suivi et l'analyse de ces données pour cerner les façons d'aider les usagers à accéder aux traitements.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Il possède d'excellents outils et processus de transmission de renseignements. Il doit toutefois améliorer son utilisation des technologies axées sur les communications électroniques de rapports et de dossiers cliniques.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Des données sont recueillies sur certains indicateurs établis par la haute direction (p. ex., les périodes d'attente, les infections, les chutes), dont certains rapports concernant le personnel d'encadrement des unités. Cependant, ces données s'avèrent souvent inutiles, car elles ne sont pas divisées par unités.

Les unités accomplissent des activités d'amélioration de la qualité de façon informelle. Ces activités sont réalisées par le personnel d'encadrement et le personnel pour améliorer les soins et services offerts aux usagers et leur lieu de travail. Le personnel est très enthousiaste de ses améliorations et serait heureux d'avoir de l'aide pour améliorer ses efforts de formalisation, d'évaluation, d'analyse et d'interprétation afin de contribuer aux améliorations continues.

Ensemble de normes : Traitement du cancer – Prestation de services directs

Critères non conformes	Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétence	
8.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats	
27.4 Des indicateurs utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
27.5 Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
27.6 De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
27.7 Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour évaluer les progrès.	
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisme Action Cancer Manitoba (ACMB) conçoit et planifie les protocoles de traitement à Winnipeg. À l'organisme Southern Health-Santé Sud, les traitements de chimiothérapie sont évalués avec ACMB et sont administrés sous la supervision d'oncologues de médecine familiale à l'aide de protocoles éprouvés. La plupart des traitements de radiothérapie sont administrés à Winnipeg, et certains usagers de Portage la

Prairie reçoivent ces traitements à Brandon. Le personnel comprend un infirmier pivot qui veille à la coordination efficace des soins prodigués aux usagers.

L'espace physique du Bethesda Regional Health Centre est nouveau, lumineux, ensoleillé et très positif. Cet environnement contraste avec les salles bondées et l'espace mal organisé du Portage District General Hospital, qui offre un espace de toute évidence inadéquat à ses usagers. Les deux nouvelles cliniques en construction sont conçues de façon à rendre l'unité plus fonctionnelle.

L'équipe responsable du traitement du cancer communautaire du Boundary Trails Health Centre s'engage à offrir des soins sécuritaires et de haute qualité centrés sur les usagers et les familles, comme l'ont affirmé les usagers et les familles interrogés. L'équipe est formée de médecins et d'infirmiers dévoués et offre un accès aux services d'oncologie psychosociale, de pharmacie, de réadaptation et aux services diététiques et de soins spirituels.

ACMB formalise et coordonne la participation des usagers et des familles. Le sondage de satisfaction mené auprès des usagers recevant des soins oncologiques de courte durée, sondage préparé par ACMB, sert à obtenir l'apport et les commentaires des usagers et des familles. Huit conseillers d'usagers et des familles de Southern Health-Santé Sud font partie du réseau des usagers d'ACMB. Tous les renseignements et les commentaires que reçoit ACMB sont transmis à l'équipe responsable du traitement du cancer communautaire du Boundary Trails Health Centre à des fins d'intervention ou d'améliorations.

L'espace utilisé pour la prestation de soins de l'équipe responsable du traitement du cancer du centre de santé est mal adapté. L'espace n'offre pas suffisamment d'intimité et n'est pas approprié pour les usagers isolés. Compte tenu de l'augmentation de la demande, l'équipe a de la difficulté à prodiguer ses soins dans l'environnement actuel. Des discussions sont en cours concernant les besoins d'agrandissement. Nous encourageons l'équipe à développer des activités locales d'amélioration de la qualité telles que le choix et le suivi d'indicateurs de rendement adaptés aux unités. L'équipe a l'avantage d'avoir accès à une excellente base de données sur les résultats grâce à ACMB.

Processus prioritaire : Compétence

L'embauche du personnel et la formation qui lui est offerte sont conformes aux politiques et procédures élaborées par ACMB pour toute la province. Tous les membres du personnel suivent une formation normalisée. Les oncologues de Winnipeg et les oncologues de médecine familiale qui offrent des services essentiels assurent une coordination très étroite, ce qui permet d'offrir des traitements le plus près possible du domicile.

Les évaluations du rendement effectuées ne semblent pas constantes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Nous avons noté une coordination très étroite avec ACMB, et les services spécialisés en oncologie sont offerts en tout temps. L'organisme utilise uniquement un type de pompe à perfusion à l'échelle de la province. La préparation de toutes les thérapies systémiques est effectuée conformément au protocole normalisé. Toutefois, ce processus est en cours de révision pour tous les établissements.

Des services de counseling spécialisés sont offerts à Winnipeg. Des services psychosociaux et spirituels sont accessibles localement.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La plupart des renseignements portant sur les usagers sont sauvegardés dans un dossier des usagers utilisé à l'échelle de la province, dossier auquel ont accès les médecins et les aidants familiaux de chaque hôpital et de nombreux cabinets. Southern Health-Santé Sud conserve certains dossiers sous format papier qui contiennent des copies papier de protocoles de traitement et des prescriptions de médecins. Toutefois, ces dossiers papier sont en voie d'être éliminés.

Tous les traitements sont planifiés conformément aux conseils et aux protocoles fondés sur des données probantes.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

La planification des procédures de prestation des soins est centralisée par ACMB, qui établit les protocoles de traitement selon les meilleures données probantes accessibles. Southern Health-Santé Sud n'amorce pas de recherches, mais parfois, ses usagers sont inscrits à ses essais cliniques. Bien que l'organisme ait participé à des activités d'amélioration de la qualité pour régler des problèmes précis, il n'utilise pas de processus structuré pour établir des objectifs annuels d'amélioration de la qualité comportant des buts précis.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

ACMB établit les protocoles de gestion des médicaments, et tous les membres de son personnel suivent une formation pour respecter ces protocoles. L'organisme possède d'excellents systèmes pour assurer la conformité et pour effectuer un suivi approprié des écarts ou des résultats indésirables.

Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétence		
5.4	Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager les renseignements concernant les soins de l'usager au sein des équipes et entre elles.	!
6.1	La charge de travail de chaque membre de l'équipe est assignée et évaluée de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'usager et de l'équipe.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
7.1	Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
7.2	Les heures d'ouverture sont souples et répondent aux besoins des usagers et des familles servis.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		
17.10	Les renseignements relatifs aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent sont communiqués aux usagers, aux familles, aux équipes, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Même si les partenaires communautaires ont de bonnes relations, beaucoup de communautés font face à un accès restreint aux services. L'équipe de santé mentale communautaire collabore avec le service de santé publique pour faire la promotion de la santé.

Les infirmiers-ressources collaborent avec les Urgences et effectuent des évaluations de la santé mentale des personnes souffrant de détresse mentale. Les heures de travail des infirmiers ne sont pas uniformes

dans toute la région; on pourrait envisager de faire en sorte que tous les praticiens de la région travaillent le même nombre d'heures.

Processus prioritaire : Compétence

Le personnel de toutes les zones réservées aux services est très dévoué envers les personnes qu'il sert. Il met l'accent sur la qualité du service.

Les gestionnaires et le personnel ont accès à beaucoup de possibilités de formation. Beaucoup de ces possibilités sont conçues pour améliorer les compétences cliniques des praticiens.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Dans plusieurs établissements, le programme communautaire en santé mentale offre une variété de services tout au long de la vie.

Les services sont offerts par une équipe interdisciplinaire de professionnels et sont d'une grande qualité. Les processus d'évaluation sont bons et l'équipe offre un traitement axé sur les objectifs. Les usagers ont mentionné être très satisfaits des services. Il n'y a aucun psychiatre au sein de l'équipe; celle-ci gagnerait beaucoup à en intégrer un. Les psychiatres agissent actuellement en tant que conseillers pour le service.

Nous sommes très préoccupés par la demande de services dans tous les secteurs, ce qui cause de longues listes d'attente pour la prestation des services. Certains usagers ont mentionné avoir attendu jusqu'à six mois. Le manque de stratégies en matière de gestion des listes d'attente est encore plus préoccupant. Nous encourageons l'organisme à élaborer des stratégies en la matière, par exemple, offrir des groupes d'accueil et psychopédagogiques.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers sont conservés sous format papier et électronique, tout dépendant du service. L'établissement travaille à un projet de préparation d'un dossier électronique pour l'équipe des adultes.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Le programme provincial de santé mentale a été révisé il y a environ un an. L'équipe a créé à cette fin le rapport Virgo qui, selon de nombreux praticiens, est un bon plan directeur et un bon projet pour l'avenir des services offerts en santé mentale. Le gouvernement du Manitoba a récemment annoncé un projet de transformation, et on ne connaît pas encore la place qu'occupera le rapport Virgo dans le grand projet de transformation. Ceci nourrit l'incertitude à l'égard du programme de santé mentale en entier.

L'unité de stabilisation en cas de crise offre un court séjour non médical aux personnes en crise. Nous encourageons l'organisme à évaluer son utilisation du service, surtout dans le contexte d'une demande importante pour d'autres services du programme. Il faudrait aussi évaluer si les équipes du service mobile d'intervention d'urgence sont les équipes les plus appropriées pour intervenir en cas de crise.

Le programme fait appel à des parties prenantes conseillères, groupe que l'organisme consulte souvent en ce qui concerne les programmes actuels et les orientations futures. L'organisme mène aussi des sondages portant sur les expériences.

Ensemble de normes : Soins critiques – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétence		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
9.4	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	⬢
9.4.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	**PRINCIPALE**
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		
17.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à établir les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
17.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
17.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
17.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour établir l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
17.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en œuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
17.10	Les renseignements relatifs aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent sont communiqués aux usagers, aux familles, aux équipes, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	

17.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'unité de soins critiques du Portage District General Hospital est une salle ouverte dotée de quatre lits où sont offerts des soins critiques. La salle a deux espaces réservés aux usagers en observation. Une salle d'isolement est adjacente aux autres lits. Les lits d'observation sont aménagés pour les usagers ayant subi une opération et qui ne sont pas complètement rétablis au moment de la fermeture de l'unité postanesthésique. Ils servent aussi pour les usagers ayant subi une opération et souffrant d'apnée du sommeil et à d'autres usagers dont l'état est moins critique, mais qui ne peuvent être pris en charge en toute sécurité dans les unités hospitalières. La salle est bondée et n'offre pas suffisamment d'intimité et de confidentialité pour les usagers, car il n'y a pas de murs. Elle offre peu de place pour l'entreposage d'équipement. Les lits sont séparés par des rideaux au chevet, et ils ne répondent pas aux normes en vigueur en matière d'espace réservé aux soins critiques.

La salle offre de l'espace pour un seul usager ventilé à la fois. Le personnel de l'unité comprend un ou deux infirmiers, et il serait possible d'y ajouter un autre infirmier d'observation au besoin. Parfois, il n'y a qu'un seul infirmier à l'unité, mais celle-ci bénéficie du soutien des Urgences lors de cette situation.

Le personnel reconnaît le manque d'employés disponibles pour administrer les thérapies respiratoires et pour prodiguer des soins de santé après les heures normales de travail pour les tâches autres que les soins infirmiers. Il reconnaît aussi le besoin d'avoir un travailleur social additionnel, surtout en dehors des heures normales de travail et pendant les fins de semaine. Un travailleur social travaille du lundi au vendredi et offre ses services dans toutes les unités de l'hôpital.

Processus prioritaire : Compétence

L'unité de soins critiques est une unité fermée où travaillent des médecins des Urgences et des anesthésistes du Portage District General Hospital. L'équipe de personnel des soins critiques est entièrement composée d'infirmiers autorisés et a reçu une formation multidisciplinaire pour les unités de soins critiques et les Urgences. Les nouveaux membres du personnel reçoivent une orientation de trois mois aux Urgences du Winnipeg Health Sciences Centre. Cette formation comporte un volet pédagogique et pratique, le volet pratique étant appliqué au Portage District General Hospital. De plus, tous les membres du personnel doivent détenir un certificat à jour pour les soins préhospitaliers avancés et être à jour dans leur formation offerte au personnel infirmier du service de traumatologie.

Seulement deux infirmiers sur quarante infirmiers dénombrés environ possèdent une formation spécialisée en soins critiques, même si le degré de gravité et de complexité des cas de certains usagers est

semblable à celui des grandes unités du Manitoba. Nous encourageons l'équipe de direction à évaluer la possibilité d'agrandir sa cohorte d'infirmiers formés en soins critiques. Ceci, tout en reconnaissant que bien que certaines compétences soient semblables à celles aux Urgences, certaines compétences sont propres à chaque unité. L'ajout d'infirmiers experts en soins critiques aidera les infirmiers novices à prodiguer des soins sécuritaires pendant que ces derniers développent leur confiance et leur aisance dans une unité de soins intensifs. Ceci est particulièrement important lorsque le degré de gravité est élevé et que le personnel prodigue des soins aux usagers ventilés, les soins de thérapie respiratoire n'étant offerts que du lundi au vendredi. Le reste du temps, les infirmiers et les médecins soignent les usagers ventilés et apportent des ajustements au ventilateur de ceux-ci, sans bénéficier de l'expertise d'un inhalothérapeute.

Un éducateur régional aux Urgences et en soins critiques est disponible, mais il ne peut passer qu'une seule journée par semaine dans l'établissement, en raison de ses autres responsabilités. Lorsque l'éducateur est sur place, le personnel est reconnaissant de son soutien et de son expertise. Un éducateur généraliste travaille également dans l'établissement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Des membres de la famille sont présents à l'unité de soins critiques, malgré la congestion et l'espace manquant pour aménager des sièges additionnels. Et surtout, nous encourageons la famille à être présente; elle peut rester au chevet pendant les tournées quotidiennes de l'équipe de soins.

Bien que personne ne se qualifie en tant qu'éthicien ou ne soit un expert de l'éthique, le personnel a reçu une formation sur l'utilisation du cadre d'éthique, et il s'en sert pour gérer les dilemmes d'éthique. Nous encourageons l'équipe de direction à explorer les moyens d'offrir un meilleur soutien en matière d'éthique afin de gérer les dilemmes d'éthiques difficiles qui sont uniques à l'unité de soins intensifs. L'équipe pourrait, par exemple, élaborer un processus qui permettrait au personnel d'accéder à un soutien éthique de la part du Winnipeg Health Sciences Centre.

Après le décès d'un usager ou une réanimation par suite d'un événement traumatique, le personnel fait un compte rendu avec son gestionnaire et avec les médecins concernés. Ils s'aident mutuellement et utilisent, au besoin, le programme d'aide aux employés.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de la famille peuvent participer aux tournées quotidiennes au chevet de l'usager.

Le dossier de l'usager est sous format papier exclusivement et les formulaires sont dupliqués de nombreuses fois. L'accès à un système électronique permettrait de réduire le fardeau documentaire des médecins et des infirmiers et de passer plus de temps au chevet.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Les événements liés à la sécurité des usagers sont évalués dans le cadre des réunions mensuelles du personnel. Lors de celles-ci, une attention particulière est accordée aux leçons tirées de ces événements

et à la prévention de la récurrence. Tous les cas d'ulcère de la peau de stade 4 sont examinés par l'équipe responsable des soins de la peau et des plaies, équipe formée d'infirmiers-ressources en soins cliniques et de l'éducateur.

Toutes les chutes sont examinées par le directeur. Une analyse des occurrences pour examiner les tendances et les problèmes systémiques est effectuée deux fois par année.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

La politique qui a été établie récemment en matière de décès aide le personnel à cerner les cas de mort imminente. Elle l'oriente aussi quant au processus à suivre concernant les donneurs d'organes potentiels. Tous les décès sont déclarés à la Banque de tissus du Manitoba (BTM) pour évaluer la faisabilité de l'extraction, et le personnel de la banque de tissus communique avec la famille de l'usager.

Lorsqu'on lui demande, le personnel peut uniquement effectuer un rappel du don d'un œil et de certains tissus des dernières années.

Ensemble de normes : Urgences – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
2.6 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.		!
Processus prioritaire : Compétence		
4.14 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.		!
Processus prioritaire : Épisode de soins		
10.7 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.		⬢
10.7.1	Les usagers présentant un risque de suicide sont identifiés.	**PRINCIPALE**
10.7.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	**PRINCIPALE**
10.7.5	La mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.	**PRINCIPALE**

10.13	Il est possible d'avoir accès aux médicaments d'urgence et au personnel de la pharmacie en tout temps.	!
12.3	La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
	L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		
16.2	La procédure utilisée pour choisir les conseils éclairés par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
16.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des conseils éclairés par des données probantes qui sont contradictoires.	!
16.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les écarts non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.5	Les conseils et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!

17.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.2	Des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
18.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à établir les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à établir les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
18.4	Des indicateurs utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
18.13	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus		

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

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le programme d'urgence fait partie intégrante des soins critiques et de l'équipe de médecins. Les équipes des Urgences de Southern Health-Santé Sud sont motivées, bienveillantes et centrées sur les usagers. Les membres de la direction sont enthousiastes, compétents, bien respectés et cherchent toujours à faire mieux. Le personnel se sent soutenu par le personnel d'encadrement et est très fier d'offrir des soins centrés sur la personne.

L'équipe a élaboré des objectifs, dont des priorités, qui sont établis dans les plans d'action de l'équipe. Au besoin, l'équipe collabore avec l'équipe de soins critiques pour harmoniser, réviser ou élaborer des politiques, des procédures et des conseils. Les points abordés sont entre autres les périodes d'attente, le départ des usagers avant d'avoir été examinés et la durée du séjour.

Les membres de l'équipe participent activement au comité du cheminement de l'usager. Nous encourageons l'équipe à élaborer et à instaurer des processus structurés pour intégrer l'apport et les commentaires pertinents des usagers et des familles.

Processus prioritaire : Compétence

Tous les membres du personnel reçoivent une orientation complète avant de travailler aux Urgences. Les infirmiers-ressources en soins cliniques et les infirmiers enseignants offrent une formation et un soutien au personnel. Comme ce sont les mêmes membres du personnel qui travaillent aux Urgences et à l'unité de soins critiques, l'équipe a normalisé l'équipement et la formation. Le personnel a reçu une formation portant sur la défibrillation cardiaque et les pompes à perfusion.

Des stratégies formelles et informelles sont utilisées pour reconnaître le personnel.

En vertu des politiques de l'organisme, des évaluations du rendement doivent être effectuées régulièrement. De plus, les connaissances du personnel concernant le cadre d'éthique de Southern Health-Santé Sud varient d'une unité d'Urgences à une autre.

Processus prioritaire : Épisode de soins

D'excellents processus ont été intégrés pour réaliser le processus et la documentation d'une évaluation du triage pour tous les usagers. Des réévaluations sont effectuées en temps opportun. Le personnel se sert de l'échelle canadienne de triage et d'acuité (CTAS) et reçoit des formations régulières portant sur l'utilisation de cette échelle au cours du processus de triage. L'échelle CTAS est bien consignée au dossier de l'usager.

L'équipe a intégré les recommandations provenant de la demande de Brian Sinclair. Les usagers et les familles qui ont été interrogés sont reconnaissants des excellents soins qu'ils reçoivent et ne tarissent pas d'éloges envers l'équipe. Nous encourageons l'équipe à élaborer et à instaurer des processus structurés pour intégrer l'apport et les commentaires pertinents des usagers et des familles.

Une stratégie en matière de bilan comparatif des médicaments et de prévention des chutes a été instaurée. L'équipe a élaboré des politiques et des processus dans le cadre d'une stratégie de prévention du suicide, mais elle doit s'assurer de l'intégrer entièrement, dans toutes les unités d'Urgences régionales et non régionales.

L'équipe a accès en temps opportun aux services de diagnostic et de laboratoire. Un accès en tout temps est offert pour les services de pharmacie, y compris les consultations cliniques, surtout au Bethesda Regional Health Centre.

Des processus, notamment des outils de documentation normalisés, sont utilisés afin d'assurer des communications efficaces pendant les transitions de soins.

Des employés de soutien autochtones sont disponibles au Portage District General Hospital. De plus, le programme a participé au programme de stage en santé autochtone au secondaire.

Nous encourageons l'organisme à examiner ses processus de consentement afin de respecter ses politiques. Par exemple, il a obtenu un seul consentement verbal lors de la réalisation d'une paracentèse au Portage

District General Hospital.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe d'urgence fait en sorte d'établir un dossier médical complet pour tous les usagers. Le personnel respecte la politique en matière de vie privée et de confidentialité.

Les zones de triage et d'admission du Bethesda Regional Health Centre sont à aire ouverte dans la salle d'attente, et n'offrent pas suffisamment d'intimité.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Le personnel peut accéder facilement à des conseils à jour et fondés sur des données probantes pour les adultes et les usagers des services pédiatriques. Les conseils sont examinés régulièrement. Les indicateurs de rendement clés sont suivis et déclarés.

Les activités d'amélioration de la qualité sont menées dans les localités (p. ex., un projet LEAN visant à contribuer au stockage de fournitures, au triage et au déroulement du travail). On dénote beaucoup d'enthousiasme pour l'amélioration de la qualité, et les équipes locales sont favorables à la formalisation et à l'évaluation. Nous encourageons l'équipe à élaborer et à suivre les indicateurs de résultats et à élaborer et à appliquer des processus structurés pour intégrer l'apport et les commentaires pertinents des usagers et des familles.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Le don d'organes et de tissus est géré par la Banque de tissus du Manitoba. Southern Health-Santé Sud avise la Banque de tissus du Manitoba en cas de décès et attend ensuite ses directives. Le personnel connaît les processus et respecte les politiques et les procédures de la Banque de tissus du Manitoba.

Nous conseillons à l'équipe d'intégrer les processus de la Banque de tissus du Manitoba à son orientation des usagers et des familles. L'équipe pourrait aussi envisager d'amener les familles qui connaissent les processus de la Banque de tissus du Manitoba à participer à la préparation de messages appropriés. L'équipe pourrait également envisager d'encourager la Banque de tissus du Manitoba à renseigner le public sur ses processus afin de préciser le rôle et les fonctions de la Banque de tissus du Manitoba et de l'équipe de santé locale.

Ensemble de normes : Services médicaux d'urgence et transport entre établissements – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
1.4	La planification du transport est effectuée avec l'apport des usagers, des familles et des partenaires.	
3.4	Des séances de prévention des blessures et de promotion de la santé sont offertes par l'équipe aux organismes partenaires et au public.	
7.5	Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont établis avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétence		
5.20	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
5.21	Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir un apport et des commentaires sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
21.6	Lorsqu'il faut transporter un usager porteur ou susceptible d'être atteint d'une maladie transmissible, l'équipe et les autres passagers qui se trouvent dans le compartiment appliquent des précautions appropriées.	!
Processus prioritaire : Aide à la décision		
23.9	Il existe un processus pour suivre et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et les renseignements sont utilisés en vue d'apporter des améliorations.	!
24.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		

25.2	La procédure utilisée pour choisir les conseils éclairés par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
25.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des conseils éclairés par des données probantes qui sont contradictoires.	!

25.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les écarts non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
25.5	Les conseils et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
25.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
26.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
26.3	Des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
26.4	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
26.5	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
27.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à cerner les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
27.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
27.12	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Gestion des médicaments		
	L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Prévention et contrôle des infections		
9.3	Les précautions personnelles et l'équipement de protection individuelle sont utilisés.	
9.7	Les membres de l'équipe sont régulièrement vaccinés contre les maladies, s'il y a lieu.	
9.8	Un processus permet de s'occuper des cas où des membres de l'équipe ne sont pas vaccinés.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le programme des services médicaux d'urgence et du transport entre établissements a été transféré à Soins communs en avril 2019.
L'équipe a préparé les plans d'action sous la direction de South Health-Santé Sud et sont toujours pertinents. Nous félicitons l'équipe pour avoir planifié et instauré le programme en faisant une transition sans heurt, qui a peu ou pas nui au personnel ou au déroulement des activités.

Nous félicitons l'équipe pour la prestation de ses services de haute qualité et durables en matière de services médicaux d'urgence et de transport entre établissements. L'équipe collabore en partenariat avec des agences telles que la police, le service d'incendie et les municipalités et les communautés locales. Elle participe aussi aux activités de prévention des blessures et de promotion de la santé.

Des études de cas sont effectuées couramment. Nous félicitons l'équipe du programme pour avoir créé son programme paramédical des Autochtones Raystarr, qui encourage le recrutement du personnel paramédical autochtone.

Il est parfois difficile de coordonner le programme de transport entre établissements tout en respectant la demande d'intervention des services médicaux d'urgence. Soins communs établira des cheminements distincts pour les services médicaux d'urgence et le transport entre établissements. Entre-temps, nous encourageons le comité du cheminement de l'usager de Southern Health-Santé Sud à faire preuve de collaboration, de communication et de participation active.

Processus prioritaire : Compétence

L'équipe s'engage à offrir une formation et un perfectionnement continus. Les gestionnaires cliniques utilisent une grande variété de stratégies pour encourager l'apprentissage et le perfectionnement. Des vidéos YouTube ont été créés à l'interne et seul le personnel peut y accéder. Des modules en ligne sont offerts à des fins de formation et de perfectionnement. Le personnel reçoit un certificat d'attestation à la fin de sa formation et après avoir utilisé ses documents de formation.

Nous encourageons le personnel à utiliser le programme en tant qu'approche complémentaire à ses évaluations, conformément aux politiques organisationnelles. Nous lui recommandons aussi de développer des structures et des processus qui favoriseront l'apport et la participation efficaces des usagers et des familles.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Un prestataire externe est responsable du centre d'expédition et des communications. Le programme des services médicaux d'urgence et du transport entre établissements a d'excellentes relations avec le prestataire et donne suite aux commentaires et aux préoccupations qui ont des répercussions sur les activités.

Au cours des transferts entre établissements, les services médicaux d'urgence et le service de transport entre établissements utilisent d'excellents documents et fait preuve d'une excellente communication avec les établissements qui envoient et accueillent les usagers. Des services de traduction sont offerts et utilisés au besoin.

Des conseils et des protocoles en matière de pratique clinique fondés sur des données probantes à jour sont offerts. Tous les usagers et toutes les familles reçoivent les renseignements et les processus nécessaires pour faire part de leurs commentaires et de leurs opinions au sujet de l'expérience concernant les services médicaux d'urgence.

Deux identifiants spécifiques aux personnes sont utilisés pour le transport entre établissements. Des processus de vérification des médicaments et des revérifications indépendantes sont appliqués pour les médicaments comportant un niveau de risque et d'alerte élevé. Le refus des services est consigné clairement au dossier de l'usager.

L'équipe a facilement accès à une supervision médicale et à d'excellents processus d'information en matière de transition entre les établissements où sont offerts les soins. Le résultat des vérifications est de 98 à 100 pour cent, ce qui est un résultat exemplaire. Nous félicitons l'équipe pour avoir instauré le premier programme rural provincial en matière de traitement rapide des infarctus du myocarde avec surélévation du segment ST (STEMI).

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le programme des services médicaux d'urgence et du transport entre établissements comporte d'excellents processus de protection des dossiers des usagers. Des boîtiers verrouillés sont à disposition à tous les postes, et quelques personnes seulement ont accès aux dossiers.

On tient un registre de tous les appels, et l'agent responsable de la qualité des services médicaux d'urgence examine pratiquement tous les appels pour en évaluer la qualité. De plus, l'agent transmet ces renseignements dans le cadre du processus d'amélioration de la qualité.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Des indicateurs de rendement clés et des indicateurs de résultats sont suivis, et des améliorations sont

apportées en conséquence.

Une vérification constante des appels est effectuée, et les résultats de cette vérification sont transmis au

personnel et examinés avec celui-ci.

Nous félicitons l'initiative du programme pour l'investissement et le bien-être qu'il procure au personnel. L'établissement a intégré une équipe de soutien au bien-être pour les membres du personnel et offre la formation Road to Mental Wellness (la solution à la santé mentale). Il faudrait envisager d'intégrer un volet de sensibilisation au programme, volet destiné aux conjoints et aux partenaires du personnel des services médicaux d'urgence et du transport entre établissements. Un tel programme aiderait les conjoints et les partenaires à reconnaître et à comprendre le stress et les difficultés en santé mentale auxquels fait face le personnel paramédical.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Fentanyl est le seul narcotique offert dans les véhicules utilisés pour les services médicaux d'urgence, et des vérifications sont menées régulièrement pour assurer la conformité aux procédures en matière de services médicaux d'urgence et de transport entre établissements. Tous les membres du personnel reçoivent une formation appropriée.

Processus prioritaire : Prévention et contrôle des infections

L'équipe responsable des services médicaux d'urgence et du transport entre établissements reçoit le soutien du programme de PCI, de Southern Health-Santé Sud.

L'équipe responsable les politiques, les procédures et les conseils du programme de PCI. Bien que des vérifications des pratiques d'hygiène des mains soient effectuées, le personnel se conforme peu à cette exigence dans le cadre du programme des services médicaux d'urgence et du transport entre établissements. Nous recommandons, dans le cadre de ce programme, l'application régulière d'auto-vérifications personnelle en matière de pratiques d'hygiène des mains. Cette pratique pourrait sensibiliser davantage le personnel à l'importance de l'hygiène des mains, créer une concurrence saine entre les postes et améliorer la conformité. Cette dernière pourrait être alors confirmée au moyen d'un processus formel de vérification des pratiques d'hygiène des mains.

L'équipement de protection individuelle est facilement accessible pour tous les membres du personnel, et celui-ci est bien formé quant aux moyens d'enfiler ou d'enlever cet équipement. L'essai d'ajustement du masque N95 n'est pas effectué selon les conseils et les politiques de Southern Health-Santé Sud. Nous recommandons que l'on s'assure, dans le cadre du programme des services médicaux d'urgence et du transport entre établissements, que le personnel connaît la pratique en vigueur de l'essai d'ajustement du masque N95.

Southern Health-Santé Sud exige à tous ses nouveaux employés d'être à jour concernant leur vaccination, et le personnel est responsable de s'assurer que ses vaccins sont à jour. Southern Health-Santé Sud n'exige pas à son personnel d'être à jour concernant sa vaccination. Nous recommandons que le programme des services médicaux d'urgence et du transport entre établissements encourage le personnel à être à jour concernant sa vaccination.

L’établissement possède d’excellents processus, protocoles et fonctions de vérification en matière de nettoyage et de désinfection réguliers de tous les véhicules et de l’ensemble de l’équipement médical. Il utilise à l’occasion un luminomètre pour établir l’état de propreté des véhicules, et les résultats sont transmis au personnel. Une vidéo YouTube a aussi été créée pour transmettre les résultats.

Ensemble de normes : Soins à domicile – Prestation de services directs

Critères non conformes	Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétence	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Nous avons noté, sur approbation, que le groupe de direction avait établi des fonctions précises pour l'équipe de soins à domicile. Nous encourageons la direction à ajouter une déclaration particulière concernant les soins centrés sur les usagers.

Les fonctions principales de l'équipe de soins à domicile consistent à faciliter le cheminement de l'usager (p. ex., aider à ce que les usagers de la communauté ne subissent pas d'hospitalisation inutile, favoriser l'octroi de congés en temps opportun de l'hôpital, réduire le taux de réadmissions, placer les usagers ayant besoin d'un autre niveau de soins dans la bonne unité) et contribuer à la prestation de services de santé dans le domicile des usagers de façon à favoriser leur bien-être et leur rétablissement.

On dénombre dix-huit bureaux communautaires régionaux, y compris deux cliniques, qui offrent un accès aux services. L'équipe de soins à domicile a créé des relations avec les équipes régionales offrant des soins et des services à domicile et avec les agences communautaires.

La direction surveille et évalue différents paramètres de façon régulière pour s'assurer de maintenir la qualité élevée des services offerts. Elle a établi quatre priorités pour l'équipe de soins à domicile : la prestation de services fondés sur des données probantes aux usagers; l'amélioration du déroulement du travail et un accès en temps opportun aux services; l'harmonisation des demandes de services et des capacités; et la normalisation des politiques, des conseils, des évaluations et des dossiers en matière de

soins à domicile, le cas échéant.

La direction continue de faire face à des besoins de plus en plus complexes concernant la prestation des services, le bien-être du personnel, le maintien d'une constance dans la prestation des services à l'échelle régionale et le maintien du niveau d'effectifs alors que les employés vieillissent. Elle a jugé nécessaire de conclure un contrat avec les services de dotation afin de combler les pénuries dans différents secteurs.

Processus prioritaire : Compétence

Tous les membres de l'équipe des services aux usagers possèdent la formation et les compétences nécessaires pour offrir des services de haute qualité. Le personnel a accès à une formation et à des possibilités de perfectionnement professionnel continues. Des outils de communication normalisés sont utilisés pour faciliter le déroulement de communications dans un environnement très centralisé et axé sur les services. Les usagers et les familles sont très reconnaissants des services et des soins offerts par le personnel.

Nous félicitons les membres du personnel qui ont suivi le cours interdisciplinaire international portant sur le traitement des plaies, cours offert par l'Université de Toronto. Deux membres ou plus sont inscrits actuellement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La prestation de services sécuritaires et de haute qualité, dans un contexte de demandes grandissantes, a été jugée satisfaisante. Une évaluation des services est effectuée régulièrement. Les préoccupations possibles et existantes sont examinées et abordées efficacement.

Le vérificateur général provincial a récemment effectué des recommandations par rapport au suivi et à la déclaration des plaintes des usagers.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'établissement met constamment à jour ses technologies informatiques afin d'améliorer les communications et l'évaluation des services offerts.

Les dossiers des usagers sont bien tenus, conservés de façon sécuritaire et normalisés à l'échelle de la région.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

L'équipe tente plusieurs activités d'amélioration, qui ont été animées et évaluées de façon efficace. Nous encourageons l'établissement à intégrer des activités d'amélioration de la qualité plus formelles s'il le juge nécessaire; ceci permettra de maintenir les améliorations et d'en apporter ailleurs. Nous félicitons l'équipe pour avoir su trouver, mettre en œuvre et transmettre les meilleures pratiques pour ses services offerts.

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention et contrôle des infections		
5.2	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de PCI.	
7.4	Des restrictions de travail sont en place pour les membres de l'équipe et les bénévoles qui ont une maladie transmissible et elles sont conformes aux conseils de santé et sécurité au travail.	!
9.5	La conformité aux politiques et aux procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique est régulièrement évaluée, avec l'apport des usagers et des familles, et des améliorations y sont apportées, au besoin.	
14.1	Un plan d'amélioration de la qualité est appliqué pour le programme de PCI.	!
Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires		
Processus prioritaire : Prévention et contrôle des infections		

Southern Health-Santé Sud possède un excellent programme de PCI, dirigé par une équipe passionnée et avertie qui représente les partenaires internes et externes.

La région a amorcé quelques pratiques initiales pour miser davantage sur les soins centrés sur les personnes dans le cadre du programme de PCI. Elle a entre autres sollicité l'apport du public concernant un feuillet d'information portant sur les infections urinaires et ajouté des questions précises à un sondage sur la satisfaction envers l'hôpital. Nous encourageons la région à continuer de rechercher des moyens pertinents d'intégrer les résidents, les usagers et les familles aux prises de décision.

Le personnel du programme de PCI a travaillé avec diligence pour normaliser l'équipement, les politiques et les procédures à l'échelle de la région, dans toutes les unités et les établissements. Une communication est essentielle entre tous les établissements, les unités et les programmes.

Au moment de l'orientation, une formation complémentaire est offerte sur les politiques et procédures relatives aux mesures de PCI, dont par rapport aux pratiques d'hygiène des mains. Des séances de suivi portant sur les pratiques d'hygiène des mains ne compteront peut-être pas autant de participants. Les résultats des vérifications des pratiques d'hygiène des mains qui sont inférieurs aux objectifs établis peuvent révéler la nécessité urgente d'offrir une formation, si possible obligatoire.

Il serait utile d'offrir des renseignements écrits aux usagers et aux familles en matière de pratiques d'hygiène des mains et de transmission des infections. Les usagers et les familles pourraient les consulter après l'admission à titre de référence.

La région possède d'excellents processus de collecte de données relatives à plusieurs indicateurs de PCI, notamment sur les infections associées aux soins de santé, la grippe, l'hygiène des mains et les vérifications environnementales. En utilisant ces renseignements pour créer un programme d'amélioration de la qualité, il serait plus facile d'évaluer la conformité à toutes les politiques et procédures en matière de PCI. Des vérifications et des évaluations formelles et normalisées à l'échelle de la région pourraient servir à enrichir le programme d'amélioration de la qualité et à trouver des projets d'amélioration.

Une politique sur la vaccination du personnel est en vigueur, et on recommande au personnel de se faire vacciner chaque année et de communiquer son état de vaccination à ses superviseurs. Étant donné que le personnel n'est pas obligé de déclarer s'il a reçu ou non un vaccin contre la grippe, il est impossible d'établir des restrictions au travail qui réduiraient le risque de transmission de la maladie. Ceci pourrait compliquer les procédures d'isolement des usagers en cas d'épidémie à grande échelle.

Southern Health-Santé Sud offre un environnement sécuritaire aux usagers, aux résidents, aux familles et au personnel, grâce aux politiques et aux pratiques qu'il a instaurées. Tous les établissements ont semblé propres et bien entretenus, et les statistiques affichent un faible taux d'infection chez les usagers qui reçoivent les services dans la région.

Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétence		
3.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.13	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
4.5	Une formation et un perfectionnement sont offerts à l'équipe pour établir dans quels cas il faut accompagner les usagers qui reçoivent des services ailleurs.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.9	Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
8.10	Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, ce dernier est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
9.9	Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué, et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en œuvre. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris en chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes. 9.9.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'usager au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.	⬢ **PRINCIPALE**

9.10	Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.	
9.10.2	Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.	**PRINCIPALE**
9.10.3	Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en œuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.	**MINEUR**
10.2	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	
10.2.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	**PRINCIPALE**
11.8	Le risque de réadmission de l'usager est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.	
11.9	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
12.8	Il existe un processus pour suivre et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et les renseignements sont utilisés en vue d'apporter des améliorations.	
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		
14.2	La procédure utilisée pour choisir les conseils éclairés par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
14.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des conseils éclairés par des	

	données probantes qui sont contradictoires.	
14.5	Les conseils et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Nous avons décelé de superbes exemples de collaboration entre la fondation et la direction dans les différentes unités hospitalières de la région, dans le cadre de leur mission de collaborer pour obtenir les équipements indispensables et offrir une formation au personnel.

Le personnel d'encadrement de plusieurs établissements a mentionné qu'il souhaitait être en mesure d'offrir une formation au personnel en matière de traitement des dépendances. Alors que certains programmes de chirurgie ont intégré des bulletins et autres cadres, ces composantes pourraient facilement être intégrées aux programmes des milieux hospitaliers de la région. Dans certaines installations, les membres du personnel des salles communes de chirurgie et de soins médicaux collaborent de façon harmonieuse pour partager le personnel et établir des cohortes de populations spécifiques, comme les services d'oncologie et de pédiatrie. Dans d'autres, les équipes pourraient collaborer de plus près et partager des ressources, comme le personnel, lorsqu'une unité a besoin de membres du personnel supplémentaire pendant que les autres sont moins achalandées.

Processus prioritaire : Compétence

Bien qu'une formation et un perfectionnement soient offerts aux usagers du service de pédiatrie, ils ne sont pas obligatoires dans tous les établissements. L'organisme gagnerait à ce que le personnel accède plus facilement à ces ressources concernant cette population d'usagers.

Ce ne sont pas tous les membres du personnel des établissements qui reçoivent une formation et un perfectionnement sur l'accompagnement des usagers dans un autre emplacement.

L'organisme gagnerait à promouvoir et à favoriser les communications respectueuses entre professionnels de façon à créer un milieu de travail plus respectueux,

Processus prioritaire : Épisode de soins

Dans toute la région, les usagers et les familles se sont montrés très élogieux à l'égard des soins offerts, surtout ceux prodigués par les infirmiers. Parmi les améliorations à apporter, il faut simplifier et normaliser l'évaluation d'admission pour les usagers. Et ce, surtout pour ceux ayant des antécédents de maladie mentale, en ce qui a trait à la capacité des usagers de donner leur consentement et d'établir les prochaines étapes.

Les usagers et les familles n'ont pas eu la possibilité de contribuer à la conception du processus

d'évaluation. Nous encourageons l'organisme à faire une évaluation plus approfondie de l'efficacité des renseignements transmis. Certains membres du personnel ont l'impression que les renseignements fournis sont incomplets lorsqu'ils reçoivent des usagers qui proviennent d'autres installations. Nous encourageons aussi l'organisme à intégrer les points de vue des usagers et des familles à son évaluation de cet aspect des soins.

Le consentement au traitement n'a pas été obtenu pour l'admission à l'une des unités hospitalières. De plus, aucun processus d'évaluation uniforme n'est appliqué concernant le risque de réadmission d'un usager. Nous encourageons l'organisme à en appliquer un et à admettre des usagers dans les hôpitaux à proximité afin de réduire efficacement son taux de réadmission.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Bien que certains aspects de la tenue des dossiers soient vérifiés, comme la conformité au bilan comparatif des médicaments, ils ne sont pas conçus en tenant compte de l'apport des usagers et des familles. Les unités hospitalières disposent toutes de tableaux blancs, dont certains qu'utilisent très efficacement les usagers, les familles et le personnel. Les usagers et les familles sont reconnaissants des tableaux blancs, lesquels sont bien remplis.

Certaines unités rendent les ordinateurs cliniques difficilement accessibles et gagneraient à disposer de postes de travail additionnels pour combler les besoins de l'équipe de soins. Le personnel a de la difficulté à accéder à certains dossiers, comme aux résultats de l'échocardiogramme. Seuls les cardiologues peuvent consulter ces résultats avant de les envoyer par télécopieur à l'unité qui en fait la demande.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

La région donne suite aux demandes et aux plaintes des usagers et des familles et n'hésite pas à intégrer ces individus au processus d'amélioration lorsqu'ils soulèvent un problème. L'établissement n'a pas encore établi de processus qui permettrait d'intégrer de façon proactive l'apport et la participation des usagers et des familles à l'évaluation de la qualité et aux forums d'amélioration à l'échelle de la région.

Compte tenu des difficultés à recruter des professionnels et des idées d'innovation du personnel d'encadrement local, l'organisme, surtout les ressources humaines, gagnerait à défendre de nouvelles approches de perfectionnement de ses capacités. Cette recommandation a été suggérée entre les collèges locaux et les unités hospitalières.

Ensemble de normes : Soins de longue durée – Prestation de services directs

Critères non conformes			Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique			
5.2	Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont établis avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.		
Processus prioritaire : Compétence			
3.15	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.		!
Processus prioritaire : Épisode de soins			
8.9	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.		⬢
	8.9.1	Les usagers présentant un risque de suicide sont identifiés.	**PRINCIPALE**
	8.9.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	**PRINCIPALE**
	8.9.3	On s'occupe des besoins de sécurité immédiats des usagers qui présentent un risque de suicide.	**PRINCIPALE**
	8.9.4	Des stratégies d'intervention et de suivi sont établies pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.	**PRINCIPALE**
	8.9.5	La mise en œuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.	**PRINCIPALE**
9.7	Une procédure est suivie pour mettre adéquatement en œuvre les mesures de contention, pour surveiller le résident concerné et pour consigner l'utilisation de ces mesures au dossier du résident.		!
Processus prioritaire : Aide à la décision			
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.			
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats			
15.2	La procédure utilisée pour choisir les conseils éclairés par des données probantes est examinée, avec l'apport des résidents et des familles, des équipes et des partenaires.		
15.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des résidents et des familles, pour faire des choix entre des conseils éclairés par des données probantes qui sont contradictoires.		!

15.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les écarts non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des résidents et des familles.

!

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

On dénombre 22 foyers de soins personnels dans la région. Quinze d'entre eux appartiennent à Southern Health-Santé Sud, et sept sont affiliés à l'établissement, pour un total de 1 229 lits. Les foyers comptent de 18 à 145 lits et sont situés dans des régions urbaines et rurales dans le sud du Manitoba. Plus de 300 résidents attendent d'avoir un lit dans l'un des foyers de soins personnels.

Depuis la dernière visite d'agrément, les foyers ont déployé beaucoup d'efforts pour normaliser les processus, les politiques et les formulaires. Nous encourageons l'équipe à poursuivre ce processus de normalisation.

Les équipes ont des partenaires dans de nombreux milieux, comme la santé publique, les municipalités, les églises, les écoles, les garderies et les groupes communautaires. Les résidents et les membres de leur famille se sentent comme des partenaires dans la prestation de leurs soins. De nombreux bénévoles sont présents pour aider les résidents à vivre dans la dignité et à trouver un sens à leur vie.

Un travail de préparation à la transition dans un foyer de soins personnel est effectué afin de faciliter la transition, et ce travail est très apprécié par les résidents et leur famille. Cette transition est stressante pour les familles, et le travail de préparation les aide à savoir à quoi s'attendre.

Les foyers réalisent deux fois par année des sondages de satisfaction auprès des résidents, et les résultats sont plutôt positifs. Le dernier sondage a été réalisé en 2018. Il comportait sept nouvelles questions qui servent maintenant de référence. Les foyers ont amélioré le taux de réponse global ainsi que les résultats associés à quelques indicateurs (p. ex., la douleur). Le prochain sondage devrait permettre de savoir si le travail effectué pour améliorer la qualité des activités a une influence. Certains foyers ont établi des journées consacrées à la cuisine, ont une communauté pour hommes et ont ajouté des armoires contenant des livres avec beaucoup de texte, des dentelles à l'aiguille et des accessoires de tricotage.

L'équipe doit maintenant trouver d'autres moyens d'intégrer les idées des familles et des résidents dans des domaines tels que l'examen des conseils, la description des rôles et la participation aux pratiques d'embauche.

Processus prioritaire : Compétence

Les foyers de soins personnels offrent tous une formation et un perfectionnement continus au personnel pour s'assurer que ce dernier soit à jour. L'organisme a investi dans la formation DementiAbility et constate des résultats positifs. Le personnel a mentionné qu'il voyait les comportements réactifs sous un nouveau jour et qu'il changeait également sa méthode de travail auprès des résidents ayant ces comportements. Le personnel a mentionné qu'il avait réussi à réduire son taux de blessures et celui des autres résidents; la fréquence de consommation de médicaments pour le traitement de comportements réactifs; et sa fréquence d'utilisation des mesures de contention. Nous félicitons les équipes pour avoir obtenu ces résultats.

Les équipes se servent du cadre d'éthique pour résoudre les dilemmes d'éthique et régler d'autres problèmes. Le cadre a entre autres servi à permettre aux résidents d'utiliser la cuisine après les heures normales de travail pour l'aide médicale à mourir.

Actuellement, on n'utilise pas les pompes à perfusion dans les établissements qui ont été visités. Cependant, plusieurs de ces foyers ont des trousses d'information à disposition et pourraient offrir une formation juste à temps si un résident a besoin d'une pompe à perfusion.

Les équipes sont très coopératives, et le personnel exerce pleinement ses compétences. Le personnel a déclaré être en possession des outils nécessaires pour accomplir son travail, et beaucoup de membres du personnel reçoivent un soutien de la part de fondations, de personnel auxiliaire et de groupes communautaires pour obtenir un financement pour son enseignement.

Parmi ses domaines à améliorer, l'organisme devrait donner des commentaires formels sur le rendement, dont les taux varient d'un foyer à l'autre. Le personnel a besoin de recevoir des commentaires formels et informels de façon continue. Bien que les équipes semblent transmettre souvent des commentaires informels, elles doivent veiller à transmettre des commentaires formels en vertu des politiques organisationnelles.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les foyers appliquent divers outils normalisés pour documenter les évaluations. Chaque résident reçoit tous les trois mois une évaluation complète de ses médicaments de la part d'une équipe interdisciplinaire. Des plans de soins formels sont réalisés chaque trimestre en partenariat avec les résidents et les familles qui le souhaitent. Ces plans sont accompagnés d'un examen annuel des soins et des objectifs liés aux soins. Cet examen annuel est mené en partenariat avec les résidents et leur famille.

Southern Health-Santé Sud met en place un programme de prévention du suicide. Des trousses de formation ont été préparées, et elles seront offertes très bientôt. Lorsqu'il identifie un individu comme étant déprimé et potentiellement suicidaire, le personnel procède à un suivi et à des interventions rigoureux. Cependant, tous les résidents ne reçoivent pas une évaluation des risques réels. Salem Home est le seul établissement qui effectue un dépistage et un suivi de routine à l'aide d'un outil intégré au dossier médical électronique.

Les foyers ont amélioré leurs efforts visant à réduire le risque de blessures causées par la pression. Tous les résidents subissent un dépistage à l'aide de l'outil Braden à l'admission et après tout changement de leur état. Le personnel a mentionné une prévalence plus faible de blessures causées par la pression, et que ces blessures n'étaient pas aussi graves. Le personnel a intégré une intervention pour s'assurer d'hydrater suffisamment le résident, pratique qui a permis de réduire le nombre de cas d'infection urinaire.

Toutes les unités des foyers travaillent fort pour offrir une bonne expérience aux résidents. Le personnel de la nutrition a ajouté des chariots Susie Q dans certains de ses foyers. On a noté quelques plaintes relatives à la nourriture, mais dans l'ensemble, les résidents sont plus satisfaits de leurs repas.

Les loisirs sont un autre secteur clé. La formation DementiAbility a présenté des idées et des outils visant à améliorer les loisirs, et il sera intéressant d'en voir les répercussions. Plusieurs résidents et familles ont mentionné qu'ils aimeraient que les résidents ayant une plus grande mobilité fassent davantage de sorties.

Les foyers ont adopté une politique et une approche qui découragent la contention, et la plupart des établissements les appliquent très bien. La prochaine étape consiste à s'assurer de remplir les documents appropriés. Les foyers ont également adopté une stratégie de prévention des chutes et, bien que le nombre de chutes n'ait pas considérablement baissé, la gravité des blessures, oui.

Le personnel applique bien et uniformément deux identificateurs uniques à la personne. Les familles ont mentionné qu'elles participaient aux soins de leur proche et qu'elles sentaient faire partie de l'équipe. Nous avons constaté, dans tous les établissements visités, des efforts menés en collaboration par l'équipe.

Le bilan comparatif des médicaments n'est pas appliqué de façon uniforme lors des transferts entre les foyers. Bien que les foyers transfèrent les dossiers d'administration des médicaments les plus récents, ces dossiers ne comprennent pas toujours les prescriptions permanentes ou la liste des médicaments antérieurs. Il serait bénéfique d'effectuer une évaluation plus formelle au moment des transitions.

Les foyers appliquent des pratiques et des processus très respectueux en cas de décès de l'un des résidents. Le personnel utilise des courtepointes et des couvertes particulières et fait appel à un garde d'honneur lorsqu'un résident quitte le foyer. Les familles sont très reconnaissantes de ces pratiques.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La plupart des foyers utilisent des dossiers papier, sauf Salem Home, qui se sert d'un dossier électronique contenant des prescriptions numérisées du prestataire. Les dossiers sont complets et le flux de l'information y est bien présenté. Le personnel utilise et documente des outils d'évaluation normalisés à l'appui de l'évaluation de la douleur, du risque de chutes, de l'évaluation du traitement des plaies et du statut de mobilité.

Quand les résidents doivent être transférés, leurs dossiers le sont aussi et comprennent des directives sur la planification préalable des soins ou les testaments de vie. Il pourrait être utile d'appliquer des évaluations plus formelles des processus de transfert. Les indicateurs de l'efficacité de ces processus sont entre autres le faible taux de plaintes et d'appels provenant de personnes qui cherchent à obtenir des renseignements supplémentaires.

Les membres de la famille qui ont été contactés n'ont pas déclaré de cas d'atteinte à la vie privée, et ils trouvent que les foyers protègent bien la vie privée du résident et de sa famille.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Le personnel qui prodigue les soins de longue durée utilise de bonnes pratiques pour cerner et déclarer les événements liés à la sécurité, ainsi que les stratégies d'atténuation. Les événements sont examinés et des mesures sont prises en conséquence, et les leçons tirées sont transmises. Les événements sont également déclarés au conseil d'administration chaque trimestre. Les familles en sont informées, et ces renseignements sont consignés au dossier du résident.

Les équipes suivent plusieurs indicateurs, notamment le nombre de chutes, les blessures causées par la pression et les cas de prescription de médicaments. Les leçons tirées permettent d'améliorer la qualité des services. Les données relatives aux indicateurs sont déclarées à l'équipe de direction de l'organisme ainsi qu'au conseil d'administration.

Nous encourageons les foyers à accroître la participation des résidents et des familles à l'évaluation des conseils, aux descriptions de postes et aux politiques et protocoles, et même à envisager de les faire participer aux pratiques d'embauche. L'un des établissements fait participer les résidents ou les membres de la famille aux entrevues menées auprès de la direction.

Ensemble de normes : Gestion des médicaments – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments		
2.5	Une approche documentée et coordonnée qui aborde la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé est mise en œuvre. 2.5.6 Les médicaments de niveau d'alerte élevé font l'objet d'une vérification régulière dans les unités de soins.	⬢ **MINEUR**
2.16	Le comité interdisciplinaire évalue la conformité par rapport à chaque étape du processus de gestion des médicaments.	
5.1	Les renseignements sur les allergies et les réactions indésirables antérieures à des médicaments sont consignés dans le profil pharmaceutique de l'usager, et ce, en partenariat avec l'usager et la famille.	!
5.2	Les équipes accèdent en temps opportun au profil pharmaceutique de l'usager ainsi qu'aux renseignements essentiels sur celui-ci.	
6.5	Les équipes peuvent accéder à un pharmacien en tout temps, sur place ou sur appel, pour répondre aux questions sur les médicaments ou la gestion des médicaments.	!
7.2	Une politique est développée et mise en œuvre qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système CPOE.	!
8.1	Un processus permet d'établir le type et le niveau des alertes requis par le système informatique de la pharmacie, ce qui comprend au moins les alertes relatives aux interactions entre médicaments, aux allergies aux médicaments, ainsi qu'aux doses minimales et maximales pour les médicaments de niveau d'alerte élevé.	!
8.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système informatique de la pharmacie doit être élaborée et mise en œuvre.	!
8.4	Le système informatique de la pharmacie est testé régulièrement pour s'assurer que les alertes fonctionnent.	!
8.5	Le manque de vigilance à l'égard des alertes est géré en évaluant régulièrement le type d'alertes requis par le système informatique de la pharmacie en fonction de l'information sur les meilleures pratiques et en obtenant l'avis des équipes.	

9.3	La disponibilité des produits à l'héparine est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des événements liés à la sécurité des usagers ne sont pas entreposées dans les unités de soins.	⬢
9.3.1	Au moins une fois par an, un inventaire des produits à l'héparine non fractionnés et de faible masse moléculaire entreposés dans les unités de soins est dressé.	**PRINCIPALE**
9.3.2	Les doses élevées de produits à l'héparine non fractionnés (total de 50 000 unités par contenant) ne sont pas entreposées dans les unités de soins.	**PRINCIPALE**
9.4	La disponibilité des produits narcotiques est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des événements liés à la sécurité des usagers ne sont pas entreposées dans les unités de soins.	⬢
9.4.1	Au moins une fois par année, un inventaire des produits narcotiques suivants qui sont entreposés dans les unités de soins est dressé : • Fentanyl : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 100 mcg par contenant • HYDROmorphone : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 2 mg; • Morphine : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 15 mg dans les unités de soins pour adultes et de 2 mg dans les unités de soins pédiatriques.	**PRINCIPALE**
11.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes à perfusion intelligentes est élaborée et mise en œuvre.	!
12.8	Le recours à des fioles à usage multiple est réduire au minimum dans les unités de soins de l'usager.	!
13.3	Les médicaments de chimiothérapie sont entreposés dans une salle séparée à pression négative qui est ventilée adéquatement; ces médicaments sont isolés des autres fournitures.	!
13.4	Les gaz anesthésiques et les agents anesthésiques volatils à l'état liquide sont entreposés à un endroit doté d'une ventilation adéquate, conformément aux directives du fabricant.	!
14.6	Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en œuvre.	⬢
14.6.3	Les formulaires préimprimés relatifs à l'utilisation des médicaments ne comprennent pas d'abréviations, de symboles ou de désignations de dose qui figurent sur la liste « À proscrire ».	**PRINCIPALE**
14.6.7	Le respect de la liste d'éléments « À proscrire » est vérifié et des changements sont apportés aux processus en fonction des problématiques cernées.	**MINEUR**

15.1	Le pharmacien examine toutes les prescriptions et les ordonnances de médicaments émises dans l'organisme avant l'administration de la première dose.	!
16.3	Une zone à pression négative munie d'une hotte biologique assurant l'évacuation de 100 % de l'air à l'extérieur est prévue pour la préparation des médicaments de chimiothérapie.	!
17.4	Les médicaments oraux à dose unique sont conservés dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'à leur d'administration.	!
18.2	Les médicaments sont délivrés dans des emballages à dose unitaire.	!
18.3	Les médicaments utilisés en situation urgente ou très urgente, de même que les médicaments courants, sont délivrés dans les délais établis par l'organisme.	
21.2	Les renseignements sur la façon d'éviter les événements liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments font l'objet de discussions avec l'usager et la famille.	!
27.1	Les ressources nécessaires pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité liées à la gestion des médicaments sont fournies.	
27.2	Lorsque les processus de gestion des médicaments sont confiés à des prestataires externes, un contrat qui exige des niveaux de qualité constants et le respect des normes de pratique approuvées est établi et maintenu avec chaque prestataire.	
27.3	Lorsque les processus de gestion des médicaments sont confiés à des prestataires externes, la qualité des services fournis est vérifiée régulièrement.	
27.4	Le comité interdisciplinaire évalue régulièrement son mécanisme de gestion des médicaments de façon approfondie.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Southern Health-Santé Sud possède un comité pharmaceutique et thérapeutique régional qui supervise la gestion des médicaments au sein de l'organisme. L'établissement utilise constamment le manuel normalisé de la liste des médicaments régionaux assurés et de la région IV, manuel qu'il utilise depuis plusieurs années.

Le programme de gérance des antimicrobiens fait partie du comité pharmaceutique et thérapeutique régional, et il reçoit aussi un financement du programme provincial de gérance des antimicrobiens. Le

comité approuve les politiques et procédures relatives aux médicaments et les applique à l'échelle locale.

Des progrès ont été accomplis pour respecter plusieurs POR, en ce qui concerne notamment la gérance des antimicrobiens et les abréviations « À proscrire ». Des vérifications sont effectuées dans la plupart des établissements. Les renseignements additionnels sur les vérifications seront utiles pour les projets continus d'amélioration de la qualité, notamment pour renforcer la conformité et encourager le travail continu à ces deux projets.

Les exigences relatives aux POR, notamment pour les médicaments de niveau d'alerte élevé, la concentration d'électrolytes, l'héparine et les narcotiques sont en vigueur, mais ne sont vérifiées qu'aux deux ans. Nous recommandons une vérification annuelle de ces exigences, car nous avons noté l'utilisation d'héparine à dose élevée dans les unités de réserve de deux établissements.

Des efforts considérables ont été effectués pour normaliser le processus de bilan comparatif des médicaments à l'échelle de la région. Cette procédure est très bien appliquée dans la plupart des unités, bien que certaines doivent y apporter davantage attention, surtout concernant les transferts et les congés.

Les projets à instaurer en matière de médicament se heurtent à des défis en raison des différents systèmes d'information pharmaceutiques utilisés. Des mises à jour devront être apportées à tous les systèmes, et certains d'entre eux pourraient comporter des contraintes, notamment pour la façon d'ajouter et de gérer les alertes. Les fonctionnalités des systèmes d'information pharmaceutiques sont limitées, donc inefficaces. Par exemple, le personnel doit saisir manuellement les renseignements portant sur l'admission, les congés et les transferts. De plus, aucun profil pharmaceutique électronique ne peut être transmis à d'autres prestataires de soins de santé en raison de l'absence d'interface. Les systèmes comportent aussi des fonctionnalités limitées quant aux alertes des doses minimales et maximales, ce qui augmente les risques envers les usagers. Le manque de profils pharmaceutiques électroniques est source d'erreurs.

Le dénombrement de l'effectif empêche la prestation de services sept jours sur sept, en soirée ou sur appel. Les pharmaciens ne consacrent pas de temps aux services cliniques, et un grand nombre d'entre eux servent plus d'un établissement, ce qui complique l'administration uniforme des services cliniques. Le manque de ressources consacrées à l'utilisation sécuritaire des médicaments complique la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité dans ce secteur.

Plusieurs contrats de services pharmaceutiques n'incluent pas de détails sur la qualité des services ou les types de normes à respecter, ni sur la façon et le moment de les respecter. Nous encourageons l'organisme à intégrer ces détails à ses contrats.

Le système de distribution de médicaments n'a pas changé au fil des ans. Il consiste toujours en un système de distribution de médicaments traditionnel et un système d'entreposage, ce qui n'est pas conforme aux pratiques exemplaires et ne représente pas une pratique sécuritaire. La plupart des autorités sanitaires canadiennes distribuent d'une certaine façon des médicaments à dose unique à l'aide de la technologie automatisée (p. ex., l'administration de médicaments comportant un code à barres), car ce système est plus efficace et plus sécuritaire. Ce système permet aussi à l'organisme de se préparer à établir un registre de dossiers médicaux électroniques et un système d'administration de médicaments en boucle fermée et aide à respecter les normes particulières.

L'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie impose de nouvelles normes en matière de préparation en pharmacie de produits stériles non dangereux, de produits stériles dangereux et de produits non stériles. Par conséquent, elle a besoin d'effectuer des mises à niveau importantes dans ses installations de préparation en pharmacie de produits stériles et en matière de dotation d'ici 2021 afin de répondre aux nouvelles normes. Il s'agira d'une priorité pour l'organisme.

La plupart des améliorations indiquées ci-dessus ont été recommandées dans le cadre de deux visites d'agrément qui ont été effectuées en 2012 et en 2015. Nous encourageons l'organisme à en faire une priorité.

Ensemble de normes : Santé mentale – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétence		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
6.2	Un processus est en place pour revoir les besoins des usagers qui sont aux prises avec une situation d'urgence ou de crise et qui sont en attente de services, et pour y répondre.	
6.3	Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
6.6	Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, l'accès à d'autres services est facilité.	
9.5	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	⬢
9.5.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	**PRINCIPALE**
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le Centre psychiatrique d'Eden dispose d'une nouvelle équipe de direction en raison d'un roulement de personnel important survenu récemment. Le nouveau PDG et le nouveau directeur de programme semblent bien travailler avec le conseil d'administration, et il y a lieu de constater que de nombreux projets d'amélioration de la qualité sont en cours.

La composition et la taille du conseil d'administration d'Eden sont très complexes et larges. Nous encourageons le conseil d'administration à établir si d'autres cadres sont possibles.

Jusqu'à il y a quelques mois, la police de Winkler avait l'habitude d'intervenir dans les situations où les usagers devenaient agressifs. Ce service a été retiré, et Eden fait des pressions pour obtenir un service de sécurité de remplacement. Les discussions entre Southern Health-Santé Sud et le gouvernement pour tenter d'établir qui devra défrayer les coûts de ce service doivent aboutir à une résolution. Pendant ce temps, les psychiatres du centre Eden qui s'inquiètent du bien-être du personnel infirmier refusent d'admettre des usagers ayant des antécédents d'agression. Ceci a entraîné un taux d'inoccupation en une période où la demande pour les services est importante. Ainsi, les résidents de Southern Health-Santé Sud ayant besoin de services en santé mentale, mais qui ont des antécédents d'agression, doivent s'éloigner encore plus de leur domicile pour recevoir les services. Dans certains cas, il arrive même qu'ils reçoivent des services inappropriés.

Processus prioritaire : Compétence

L'atmosphère de l'unité est très positive. Les membres de l'équipe semblent bien travailler ensemble et se soucient particulièrement des usagers.

De nombreux membres du personnel travaillent au centre Eden depuis plus de 20 ans.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Eden est un hôpital psychiatrique doté de 25 lits et établi à Winster. Il a été fondé en 1967 par l'Église Mennonite. Cet établissement est affilié à Southern Health-Santé Sud

et il offre des services de santé mentale en milieu hospitalier aux résidents de Southern Health-Santé Sud. Les usagers sont admis par un psychiatre, et les services offerts comprennent une évaluation et un traitement administrés par une équipe interdisciplinaire. Un service de tomographie par ordinateur est également offert. La durée moyenne du séjour est de 15 jours.

Bien que l'établissement et la communauté coordonnent les services ensemble, la transition de la communauté à l'établissement et du retour à la communauté n'est pas toujours simple.

Les usagers disent beaucoup de bien des services qu'ils reçoivent au centre Eden. Ils ont mentionné que le personnel infirmier intervenait très rapidement pour combler leurs besoins et qu'ils consultaient régulièrement leur psychiatre. L'unité offre un excellent programme récréatif, et de nombreuses thérapies de groupe sont organisées. L'environnement est désuet, mais les salles sont très propres et bien rangées. Les usagers ont mentionné que la nourriture était bonne.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers sont présentés sous format papier.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Le Centre psychiatrique d'Eden attend des précisions concernant son rôle à jouer dans le déploiement de la refonte du système de santé dans la province. Bien qu'il soit inhabituel qu'un hôpital soit géré par un établissement affilié, le principal problème reste les services offerts, et non la gouvernance. Nous félicitons l'église Mennonite d'avoir eu la prévoyance, il y a plus de 50 ans, de fonder cet hôpital.

Le centre Eden s’est très bien intégré à la communauté de Winkler et sa présence a contribué, dans une large mesure, à lutter contre la stigmatisation envers la santé mentale dans le sud du Manitoba.

Ensemble de normes : Obstétrique – Prestation de services directs

Critères non conformes		itères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétence		
3.12	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.14	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
5.3	Les membres de l'équipe sont reconnus pour leurs contributions.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.5	Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	⬢
8.5.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec les usagers, les familles, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	**PRINCIPALE**
Processus prioritaire : Aide à la décision		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		
18.4	Des indicateurs utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
18.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
18.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
18.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour établir l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!

18.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en œuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!

18.10 Les renseignements relatifs aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent sont communiqués aux usagers, aux familles, aux équipes, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
18.11 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le service des naissances de l'unité d'obstétrique est offert dans cinq établissements de Southern Health-Santé Sud. À l'exception du plus grand établissement, le Boundary Trails Health Centre, trois autres comptent des sages-femmes ou des médecins de famille qui sont présents lors de la naissance et des chirurgiens généralistes qui effectuent des césariennes. Boundary Trails compte deux obstétriciens et un néonatologiste, ainsi qu'un obstétricien additionnel qui a été embauché pour l'automne 2019.

Tous les établissements collaborent avec les centres tertiaires de Winnipeg pour le suivi des mères et des bébés présentant un risque élevé. De plus, deux établissements offrent des services de télésanté pour la réanimation complexe des nouveau-nés. Ceci montre la volonté du personnel de travailler au sein d'un système ou d'une province et de reconnaître les pressions auxquelles chaque membre fait face.

Les hôpitaux sont de différentes tailles. Quatre des cinq établissements ont suffisamment de naissances (150, 300, 450 et 1 000) pour assurer le maintien des compétences des infirmiers. Le plus petit établissement, Notre Dame, n'accueille que 12 à 14 naissances par année. Cette quantité est insuffisante pour donner à la possibilité aux infirmiers de maintenir leurs compétences. De plus, l'établissement n'a pas les capacités nécessaires pour effectuer des césariennes ou traiter une mère à la période post-partum dont l'état se détériore sans un délai d'au moins 45 minutes et un transfert dans un autre établissement. Peut-être qu'on permet à cette petite communauté de continuer d'accueillir des naissances pour des raisons politiques, mais ceci expose l'organisme Southern Health-Santé Sud à des risques importants. Nous encourageons l'équipe à évaluer la pertinence d'accueillir des naissances dans son établissement et nous lui demandons d'établir des stratégies appropriées d'atténuation des risques.

Le groupe d'obstétrique régional est un grand comité interdisciplinaire qui se réunit chaque mois. Il devrait envisager de participer davantage au service de santé publique, ce qu'il pourrait faire par l'entremise de l'équipe périnatale régionale.

Les membres du comité ont travaillé avec beaucoup de diligence pour élaborer des normes et assurer une pratique uniforme dans tous les établissements. Nous encourageons l'équipe à poursuivre son travail, car un manque d'uniformité subsiste dans beaucoup de secteurs. Par exemple, plusieurs petits établissements sont dotés de systèmes de sécurité pour les bébés, alors que le plus grand établissement, soit celui qui accueille le plus de naissances et dont la disposition de l'unité est la moins sécuritaire, n'en a pas. Ces conditions sont propices aux enlèvements de bébés, car beaucoup d'employés externes à l'unité

d’obstétrique, de membres de la famille et de visiteurs sont présents à l’unité de chirurgie occupée. Ceci fait en sorte qu’il est difficile de contrôler la circulation des personnes. Citons aussi un autre exemple, l’utilisation du Nitronox (Entonox). L’unité d’obstétrique du centre Boundary Trails administre l’oxyde d’azote par l’entremise d’une machine appropriée et rattachée à un système d’évacuation des gaz. Les trois autres établissements que nous avons visités utilisent aussi l’oxyde d’azote, mais celui-ci n’est pas correctement éliminé, ce qui pose un risque inacceptable d’exposition pour les professionnels de la santé.

Processus prioritaire : Compétence

Le personnel de tous les établissements que nous avons visités possède une formation multidisciplinaire dans plusieurs domaines. Ceci en raison des volumes de services obstétriques imprévisibles et insuffisants dans la région pour assurer le maintien en poste de personnel spécialisé. L'éducateur clinique régional participe à la formation multidisciplinaire. L'augmentation de l'effectif en obstétrique aide le personnel à se sentir plus à l'aise avec la prestation de soins périnataux. De plus, les exercices pratiques en obstétrique permettent au personnel de mettre en application ses compétences. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a reconnu le centre Boundary Trails pour son travail dans l'accouchement sécuritaire de jumeaux.

Compte tenu du travail de normalisation déjà en cours concernant les pratiques et les politiques, l'accueil et l'orientation en matière de soins périnataux sont aussi normalisés et centralisés. Le personnel a aussi accès à des possibilités de formation par l'entremise de jours de formation. Lors de ceux-ci, les sages-femmes et les infirmiers spécialisés en santé publique périnatale abordent les thèmes tels que l'allaitement, l'évaluation du risque et le suivi de grossesse. Ces activités sont essentielles au programme d'obstétrique, car il est difficile de recruter des membres du personnel infirmier.

Les membres du personnel interrogés ont indiqué qu'ils aimeraient recevoir davantage de commentaires concernant leur rendement. Beaucoup d'entre eux ont mentionné ne pas avoir eu d'évaluation du rendement ou de conversation portant sur le rendement depuis des années, ou même jamais. Ils aimeraient aussi avoir des commentaires par suite d'un examen des événements et qu'on reconnaisse plus souvent leurs contributions. Nous encourageons la direction à régler les problèmes cernés, car les insatisfactions en la matière et la prestation de nombreuses tâches non liées aux soins infirmiers accomplies par les infirmiers dans tous les établissements, sauf au centre Boundary Trails, risquent d'entraîner un roulement plus élevé de personnel et, par conséquent, des difficultés de recrutement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe d'obstétrique a de quoi être fière. Nous la félicitons pour avoir normalisé et appliqué les projets de naissance centrés sur les usagers qui ont été proposés par ces derniers et d'avoir inscrit ces projets au dossier. Ainsi, le personnel connaît les désirs des usagers en matière de naissance. Ces mesures reflètent le partenariat avec les usagers en leur donnant la possibilité de faire entendre leurs opinions quant à leurs soins.

L'équipe est très fière de son titre d'organisme « ami des bébés ». Le projet « Ami des bébés », réalisé conjointement par l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé, vise à aider tous les bébés à partir du bon pied dans la vie. Il consiste à créer des environnements de soins de santé dans lesquels l'allaitement est la norme et où l'on applique les pratiques connues pour promouvoir la santé et le bien-être de toutes les femmes et de tous les bébés. L'agrément « Ami des bébés » est une mesure d'assurance de la qualité qui souligne l'engagement de l'établissement à appliquer les normes les plus strictes de protection de la maternité.

Tous les établissements appliquent uniformément la méthode kangourou en peau à peau. Aucun

échantillon de formule n'est fourni, et les taux d'allaitement, lorsque le congé est accordé, sont excellents.

Une attention particulière doit être portée dans plusieurs domaines. Le bilan comparatif des médicaments est exigé à l'unité d'obstétrique, mais n'est pas effectué. Le personnel n'a pas utilisé deux identificateurs de l'usager, et les usagers ont indiqué qu'on vérifiait leur bracelet moins de 50 pour cent du temps lorsqu'ils recevaient leurs médicaments ou lorsqu'on amenait leur bébé à l'extérieur de la chambre et le leur ramenait. Ce manque de vérification et d'équilibre comporte un grand risque d'erreur.

Le personnel est désireux d'intégrer l'apport des usagers à la planification du programme et à l'amélioration de la qualité. Nous encourageons l'équipe à visiter les établissements ou à communiquer avec d'autres organismes qui sont prêts pour ce projet. Nous recommandons au comité d'obstétrique périnatal régional de commencer ce projet, une fois qu'on aura bien sélectionné un représentant des usagers et des familles et lui aura offert une orientation et un mentorat appropriés.

Le risque le plus important et qu'il faut réduire le plus tôt possible est celui du transfert d'usagères nécessitant une césarienne d'urgence du Bethesda Regional Health Centre à l'Hôpital Sainte-Anne. Les salles d'opération du centre Bethesda sont fermées à des fins de rénovation, et les services de chirurgie non urgents sont maintenant offerts à l'Hôpital Sainte-Anne. Cependant, cela signifie qu'une mère en travail qui doit subir une césarienne d'urgence doit être transférée par ambulance dans un autre établissement au moment où elle et le fœtus sont très à risque. Cette mesure n'est pas conforme aux normes de soins relatives à la rapidité et à l'urgence des césariennes, normes établies par la Société des obstétriciens et des gynécologues.

Processus prioritaire : Aide à la décision

On compte différentes demandes verbales et demandes par téléphone qui n'ont pas été approuvées pendant le séjour de l'usager à l'hôpital. De plus, ces demandes n'ont toujours pas été signées après avoir été classées dans les dossiers médicaux. Ces négligences exposent les médecins et les infirmiers à des poursuites judiciaires et à des risques médicaux. Nous encourageons l'organisme à améliorer sa conformité en matière d'approbation d'ordonnances médicales.

Les différentes entrées en double dans les documents papier amènent le personnel, surtout les infirmiers, à passer beaucoup de temps prévu pour les soins infirmiers à remplir les formulaires et à indiquer les statistiques relatives aux usagers, de même qu'à inscrire des renseignements semblables sur tous les formulaires.

Les notes d'évolution des usagers sont interdisciplinaires. Grâce à ceci, tous les prestataires peuvent saisir les renseignements et passer en revue les changements importants.

Nous encourageons l'équipe à utiliser davantage les données afin d'apporter des améliorations et de compiler les résultats obtenus grâce à ses efforts d'amélioration. Par exemple, l'équipe pourrait choisir ses projets de qualité afin d'arriver à obtenir des indicateurs conformes aux normes régionales ou aux références provinciales ou pancanadiennes. Elle pourrait aussi choisir sa méthode de partage des données aux membres du personnel afin d'amener ceux-ci à participer aux solutions. De même, l'équipe pourrait chercher des moyens de corriger les écarts constatés dans les documents. Cette approche ainsi qu'une formation de base sur la méthodologie d'amélioration de la qualité, comme un projet comportant le cheminement de planification, de mesures à apporter, d'étude et d'application, aiderait l'équipe à élaborer un excellent plan d'amélioration de la qualité comportant des possibilités d'amélioration de la qualité dirigées par le personnel.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Nous félicitons l'équipe de l'unité d'obstétrique pour avoir mené une AMDE, en partenariat avec l'équipe responsable de la gestion des risques, de la qualité et de la sécurité des usagers, avant d'avoir intégré le triage obstétrique au-delà de 24 semaines de gestation. Ce projet fonctionne maintenant très bien dans plusieurs établissements et a permis de régler le problème des délais d'examens survenant au cours du processus de triage des femmes enceintes aux Urgences.

L'utilisation de l'oxyde d'azote (Nitronox) effectuée sans essai à l'air ou de système d'élimination adéquat de l'air expiré pose un risque d'exposition pour le personnel de la santé. Ce problème risque d'entraîner une diminution des capacités mentales, audiovisuelles et de dextérité manuelle et, si l'exposition est chronique, il risque de nuire à la reproduction. Nous recommandons fortement à l'organisme de cesser son utilisation jusqu'à ce qu'il soit sûr d'assurer une qualité de l'air suffisamment bonne au moyen d'une ventilation adéquate et d'un dispositif d'évacuation approprié.

Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Compétence		
6.6	Une formation et un perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
6.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
6.13	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins		
11.10	Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué, et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en œuvre. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris à la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.	⬢
11.10.1	Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'usager au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.	**PRINCIPALE**
11.12	Les usagers en médecine et en chirurgie exposés au risque de thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.	⬢
11.12.2	Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par	**PRINCIPALE**

des données probantes.

11.12.3	Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en œuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.	**MINEUR**
Processus prioritaire : Aide à la décision		
21.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et les renseignements sont utilisés en vue d'apporter des améliorations.	!
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		
23.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des conseils éclairés par des données probantes qui sont pertinents aux services offerts.	!
23.2	La procédure utilisée pour choisir les conseils éclairés par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
23.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des conseils éclairés par des données probantes qui sont contradictoires.	!
23.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les écarts non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
23.5	Les conseils et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
24.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
Processus prioritaire : Gestion des médicaments		

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

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le programme périopératoire recueille des renseignements auprès du public pour créer un service à partir de conversations de groupe habituelles déployées par la région. Les services sont évalués et modifiés selon les besoins de la communauté.

Des membres du personnel, de composition appropriée, sont disponibles pour offrir des soins aux usagers.

Tous les services d'anesthésie de la région sont offerts par des anesthésistes généralistes, dont un possédant une expertise particulière dans le traitement d'usagers de services pédiatriques.

Le Portage District General Hospital n'a pas de directeur des salles d'opération, et ses tentatives pour en recruter un se sont révélées infructueuses.

Processus prioritaire : Compétence

Le programme emploie de façon appropriée un personnel qualifié dans toutes les unités et offre une formation continue. Des ressources en ligne en matière de santé et de sécurité au travail sont offertes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Au moment de la visite d'agrément, le Bethesda Regional Health Centre ne pratiquait pas de chirurgies en raison de constructions. Le Portage District General Hospital effectuait peu de chirurgies en raison d'annulations, et le Boundary Trails Health Centre n'en effectuait pas en raison de séances de formation médicale continue.

Le personnel de la salle d'opération appelle les usagers qui ont pris rendez-vous pour une chirurgie afin de s'assurer qu'ils remplissent le questionnaire portant sur les services périopératoires. Le questionnaire est très détaillé et comporte toutes les questions pertinentes. Les usagers reçoivent plusieurs appels dans les deux semaines précédant la chirurgie pour connaître la date de la chirurgie et répondre à des questions. Des bénévoles sont disponibles pour conduire les usagers à l'hôpital en cas de besoin. Les visites préalables à l'anesthésie sont effectuées, et les usagers reçoivent des directives détaillées concernant les services préopératoires. Après la chirurgie, on communique avec tous les usagers afin de faire un suivi de leur rétablissement.

Les installations de la salle d'opération du Portage District General Hospital ne sont pas appropriées pour la chirurgie. L'unité est beaucoup trop petite pour répondre aux besoins de la communauté et est encombrée par l'équipement. Il est impossible d'assurer une bonne circulation du matériel stérile. Les plateaux propres et les plateaux sales de la salle d'opération se côtoient, ce qui est inacceptable. Les portes sont en bois non peint et très ébréchées. Il est impossible d'effectuer un contrôle adéquat des infections. Si le Portage District General Hospital prévoit continuer de pratiquer des chirurgies, nous encourageons fortement l'organisme à rénover la salle d'opération le plus tôt possible.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers médicaux sont classés dans des systèmes électroniques et papier. Le système SIMS utilisé pour les listes de chirurgie est très fonctionnel, malgré la difficulté liée à la prise de rendez-vous.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Le Manitoba accorde beaucoup d'importance à la normalisation des soins. Des groupes de cliniciens provenant de nombreuses disciplines collaborent pour créer des conseils qui seront utilisés à l'échelle de la province. On utilise beaucoup le système Choisir avec soin.
Cependant, le processus de sélection des conseils à utiliser et la façon d'accéder à ceux qui ont été élaborés par d'autres ne sont pas clairs.

L'apport des usagers et des familles à l'élaboration des conseils semble très restreint.

Il ne semble pas y avoir de processus précis et habituel normalisé pour évaluer ou réévaluer l'efficacité des conseils.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments
Tous les processus de gestion des médicaments utilisés dans les unités de chirurgie sont appropriés. Les narcotiques sont placés dans un espace verrouillé et sont consignés. Tous les médicaments contenus dans le chariot d'anesthésie sont normalisés.

Ensemble de normes : Soins primaires – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
1.3	Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4	Les services sont évalués et suivis pour établir s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3	Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est établi avec l'apport des usagers et des familles.	
2.6	L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
2.8	Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
5.2	Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont établis avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétence		
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
8.16	Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
9.2	Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
12.8	Il existe un processus pour suivre et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et les renseignements sont utilisés en vue d'apporter des améliorations.	!
13.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		
14.2	La procédure utilisée pour choisir les conseils éclairés par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
14.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des conseils éclairés par des données probantes qui sont contradictoires.	!
14.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les écarts non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.5	Les conseils et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.2	Des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à établir les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à établir les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
16.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
16.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Nous avons constaté une excellente harmonisation des activités de leadership clinique en soins primaires avec les besoins des communautés.

Les soins primaires sont associés à cinq domaines prioritaires : l'amélioration de l'accès; la normalisation

des évaluations, des documents, de la planification des soins et des processus; l'amélioration des communications aux points de transition; l'identification et l'atténuation proactives des risques; et le perfectionnement des ressources humaines.

L'équipe clinique met régulièrement à jour les renseignements sur les usagers au dossier médical électronique. Nous félicitons l'équipe pour son évaluation régulière du programme et des services et pour apporter des changements lorsque la situation et les ressources le permettent, notamment l'ajout d'un kinésiologue au programme de prise en charge autonome des maladies chroniques. Nous encourageons l'équipe à coordonner officiellement ce processus et à intégrer l'apport des usagers et des familles aux évaluations.

Le programme rejoint bien les nombreux programmes de santé communautaire, les praticiens de soins primaires, les services de spécialistes et les agences communautaires. Les partenaires qui collaborent pour répondre aux besoins des usagers et des communautés semblent avoir d'excellentes relations et être de bonne volonté. Nous encourageons l'organisme à officialiser certaines de ses relations les plus prometteuses avec les partenaires communautaires, surtout à l'égard des populations prioritaires telles que les jeunes.

Le personnel clinique et de soutien est approprié pour la clientèle servie. Les usagers sont heureux du temps que les prestataires sont en mesure de leur consacrer. Nous félicitons l'organisme pour avoir créé un modèle qui met en valeur et permet d'appliquer ce niveau de service.

L'équipe examine les conseils se rapportant aux soins cliniques et aux agences proactives, tout comme ACMB promeut les pratiques exemplaires éclairées par des données probantes. Nous recommandons à l'organisme de créer un poste de direction axé sur la pratique clinique des soins primaires. Cette initiative assurerait le recours aux meilleures données probantes à l'appui de la pratique actuelle, l'amélioration de l'efficience, la diminution des essais inutiles et une bonne gestion des fonds publics.

Processus prioritaire : Compétence

L'organisme est reconnu pour la planification, la collaboration et l'apprentissage commun de ses équipes interdisciplinaires axées sur les soins primaires. Chaque membre de l'équipe exerce pleinement ses compétences et partage les soins au besoin. Les profils de poste affichent les fonctions, les responsabilités et les exigences associées au poste. Des évaluations récentes du rendement ont été réalisées pour de nombreux membres du personnel des soins primaires, à l'aide des nouveaux outils de conversation sur le rendement. Nous encourageons la direction à poursuivre ces efforts.

Nous encourageons l'équipe à trouver des moyens créatifs d'intégrer l'apport des usagers et des familles à la formation et au perfectionnement, aux fonctions, aux responsabilités et aux affectations du personnel.

Les membres du personnel sont très dévoués et fiers de leur travail. Ils mentionnent faire appel aux

personnes et aux groupes pour faciliter l'accès aux services et améliorer le cheminement aux soins primaires. Les partenaires et les usagers les reconnaissent pour leur réussite à intégrer la communauté et l'aide qu'ils apportent au cheminement des usagers dans un système de santé complexe. L'équipe se réunit souvent pour planifier, collaborer au sujet des usagers et participer à des formations.

Les membres de l'équipe sont compétents et passionnés et appliquent une approche centrée sur les usagers dans le cadre de leur travail auprès des usagers et des familles.

Nous recommandons au personnel des soins primaires à suivre une formation aux entrevues motivationnelles.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Nous remercions l'équipe pour son éventail de services offerts dans le secteur du programme. Nous encourageons les membres de l'équipe à planifier, ensemble et avec les partenaires, l'amélioration des soins et les communications dans le cadre des transitions des usagers entre les unités de soins primaires et secondaires.

Southern Health-Santé Sud offre un accès variable aux soins primaires, selon des facteurs comme le type de service demandé, la disponibilité du personnel, le fardeau causé par les maladies dans les communautés, le moment de la journée et les limites d'usagers et de familles. L'équipe fait le suivi de ces écarts, et nous la félicitons pour avoir permis aux individus d'accéder à de nombreux établissements la journée même ou le lendemain. Certains de ces projets d'amélioration de la qualité ont été conçus pour combler les écarts en ce qui a trait à l'accès.

L'équipe est reconnue pour sa réalisation de Clinique Mobile, autobus à la fine pointe conçu pour être une clinique de soins primaires pleinement fonctionnelle. Cette clinique offre des services à certaines des communautés les moins bien servies et les plus rurales de la région. L'équipe responsable de Clinique Mobile offre un éventail complet de soins primaires, et le personnel consigne les renseignements tirés des rencontres avec les usagers dans un dossier médical électronique. L'infirmier autorisé de l'autobus est un infirmier autorisé expert.

Bien que le milieu des soins primaires n'offre pas d'espace pour la spiritualité, nous encourageons l'équipe à faire en sorte que les personnes de toutes confessions ou sans confession s'y sentent accueillies.

Bien que les salles de réception soient confortables et propres, certains endroits sont peu propices à l'intimité et aux conversations confidentielles en raison de la présence du personnel de la réception. Bien que l'espace soit restreint, nous encourageons l'organisme à trouver des solutions innovatrices pour offrir davantage d'intimité et assurer une plus grande confidentialité.

Les usagers interrogés ont mentionné être très satisfaits des soins reçus, y compris de l'évaluation et des examens, des résultats des tests, du dépistage et des plans de suivi. Ils savent tous qu'ils ont le droit de porter plainte et, même s'ils n'ont pas de problèmes, ils savent que ceux-ci seront réglés rapidement. Plusieurs usagers ne savaient pas comment s'y prendre pour déposer une plainte. Nous encourageons l'organisme à afficher ces renseignements à tous les emplacements.

Les membres de l'équipe connaissent les procédures à suivre pour régler les plaintes et les problèmes d'ordre éthique. Nous félicitons l'équipe du Pembina Manitou Health Centre d'avoir utilisé le cadre de prise de décision et la feuille de travail en matière d'éthique pour régler un problème d'éthique touchant les jeunes. Nous encourageons Southern Health-Santé Sud à mettre les usagers en priorité afin de diminuer les répercussions inattendues à leur égard qui sont causées par les programmes compartimentés.

Des évaluations médicales et sociales complètes sont consignées au dossier médical électronique et dans

les dossiers papier, y compris des profils pharmaceutiques à jour, les antécédents sociaux, le dépistage, les rapports de laboratoire et de diagnostics, les aiguillages et les résumés de congés. Les résultats tirés d'épreuves diagnostiques sont communiqués dans des délais raisonnables, et les valeurs critiques sont transmises par téléphone. Les membres de l'équipe clinique sont d'ardents défenseurs de la prise en charge autonome et des soins personnels.

Plusieurs infirmiers praticiens travaillent à temps partiel dans une clinique pour adolescents en milieu scolaire. Nous encourageons l'organisme à élargir ce service pour intégrer les jeunes les plus vulnérables en s'assurant que le modèle est axé sur les jeunes.

Les nutritionnistes du secteur des soins primaires des régions ont créé beaucoup de corrélations importantes dans les communautés. Ils travaillent à régler des problèmes ayant trait à la salubrité alimentaire (p. ex., le programme de jardinage intergénérationnel), la commercialisation de la nourriture, la nourriture et l'image corporelle chez les enfants et le vieillissement et la nourriture.

Santé ouverte Niverville emploie des médecins spécialisés en soins primaires rémunérés à l'acte et des membres du personnel de Southern Health-Santé Sud. L'infirmier en soins primaires offre des thérapies avancées pour le traitement des plaies. L'équipe est reconnue pour sa collaboration et sa collégialité, et son travail est très apprécié.

L'équipe interdisciplinaire travaille avec d'autres pour améliorer l'accès aux services communautaires et abolir le plus possible les obstacles auxquels font face les usagers. Les usagers et les familles font confiance aux membres de l'équipe et savent qu'ils sont disponibles pour aider à la coordination des soins au besoin. Les usagers ont mentionné se sentir accueillis et sont très reconnaissants du traitement individuel qui leur a été accordé.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de l'équipe de soins primaires ont accès aux renseignements, aux recherches et aux pratiques exemplaires éclairées par des données probantes et les appliquent. Ainsi, ils peuvent prendre les meilleures décisions cliniques pour les usagers. Ces renseignements les aident à établir et à orienter l'évaluation et la planification des soins.

Les prestataires peuvent utiliser l'un des différents dossiers médicaux électroniques ou papier. Tous les dossiers des usagers examinés étaient précis et à jour et accompagnés d'évaluations de documents et de résultats de dépistage, de traitement, de consultation et de recommandations professionnelles pour les services fournis.

Nous encourageons l'organisme à tirer profit au maximum de ses dossiers médicaux électroniques en consignant rapidement les renseignements sur les usagers et en respectant l'intégrité des dossiers. La confidentialité est préservée, et les données sont sauvegardées à l'intention des prestataires cliniques qui ont le droit d'accéder aux dossiers médicaux électroniques.

L'équipe conserve dans ses dossiers médicaux électroniques des renseignements sur les usagers qui remontent à plusieurs années. Nous l'encourageons à analyser les données cliniques pour cerner les écarts et les domaines cliniques forts et à prendre le temps de réfléchir aux recherches actuelles et aux renseignements sur les pratiques exemplaires.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Les membres de l'équipe sont reconnus pour leur engagement à cerner et à gérer les risques et pour préserver la sécurité des usagers et des familles. Le programme en entier met l'accent sur la sécurité des usagers et du personnel.

Comme de plus en plus de programmes et services sont offerts à l'extérieur des installations de Southern Health-Santé Sud, nous encourageons l'organisme à réviser et à mettre à jour ses processus d'évaluation des régions éloignées et à améliorer les conditions de sécurité de son personnel à l'extérieur de ses établissements.

L'équipe est reconnue pour ses mesures de rendement et ses indicateurs d'accès amélioré, comme le troisième prochain rendez-vous disponible. Nous l'encourageons à évaluer tant les indicateurs de processus que les indicateurs cliniques.

Les usagers et les partenaires communautaires sont très satisfaits de la qualité des soins primaires fournis par l'équipe. L'équipe apporte des modifications au besoin pour améliorer l'accès et la prestation des services.

Ensemble de normes : Santé publique – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
5.1	Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont établis avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
Processus prioritaire : Compétence		
4.2	La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
4.3	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		
16.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
16.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en œuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
Processus prioritaire : Santé publique		
3.1	La communauté prend activement part à la conception de ses services de santé publique.	
3.12	Un examen de l'utilisation des ressources est effectué régulièrement pour s'assurer que celles-ci sont utilisées de façon appropriée.	
7.6	L'efficacité des stratégies de communication est évaluée régulièrement, et des améliorations sont apportées à la lumière de cette évaluation.	
8.3	Les évaluations des répercussions sur la santé relatives aux politiques publiques, aux programmes et aux projets proposés sont menées en collaboration avec les partenaires et avec l'apport des membres de la communauté.	
11.4	La chaîne du froid des vaccins est surveillée et préservée conformément aux lois régionales et provinciales.	!

15.4 L’organisme travaille avec des partenaires de recherche des différents secteurs et paliers pour faire avancer la recherche en santé publique.

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le leadership clinique de l'équipe de santé publique est excellent, et le personnel d'encadrement est formé de praticiens de la santé possédant de l'expérience auprès du public et de la population. Il reste du travail à faire pour intégrer uniformément les usagers et les familles et pour élaborer un cadre appuyant cette inclusion. Les liens avec chaque usager sont très forts.

Nous félicitons l'équipe pour son plan d'action 2018-2019 relatif à l'équité raciale et à la lutte contre le racisme envers les Autochtones.

Processus prioritaire : Compétence

L'équipe de direction s'engage à faire preuve d'équité en santé, et elle a fait des progrès dans son enseignement auprès des équipes et des autres membres de l'organisme. Le choix d'établir l'équité en santé en tant qu'orientation stratégique importante est une étape majeure pour Compass de Southern Health-Santé Sud. Les appels à l'action de vérité et de réconciliation ont été intégrés aux moments sacrés.

Bien qu'il n'y ait qu'un seul médecin hygiéniste en chef pour Southern Health-Santé Sud, c'est un tournant stratégique que ce poste s'inscrive dans une relation en pointillé avec le PDG. Cette relation a une influence sur le plan stratégique de l'organisme, et ce spécialiste possède des connaissances spécialisées en médecine préventive et en santé de la population. Ce spécialiste travaille sous la direction du ministère et a facilement accès à celui-ci et on le considère comme étant une bonne ressource.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

L'équipe de santé publique suit de nombreux indicateurs et se sert des données pour élaborer ses programmes. Cependant, aucun plan ambitieux d'amélioration de la qualité comportant une évaluation des programmes n'est offert. Ceci est principalement dû à la charge de travail opérationnelle et à l'accès restreint au soutien et à l'analyse décisionnels. L'équipe pourrait plus facilement élaborer un plan d'amélioration de la qualité si elle créait des partenariats et participait à une réforme de la santé avec Soins communs.

Processus prioritaire : Santé publique

La visite d'agrément portait sur quatre établissements principaux de prestation de services : la clinique pour adolescents du Portage Collegiate Institute, le programme prénatal et postnatal du Vita & District Health Centre, les services périnataux du Bethesda Regional Health Centre et les services de santé reproductive et sexuelle et de réduction des préjudices du Portage District General Hospital.

Les adolescents se rendent eux-mêmes à la clinique du Portage Collegiate Institute et reçoivent des soins en équipe dans un environnement accueillant, sécuritaire et confidentiel.

La communauté Vita, qui comprend un groupe de familles Amish, reçoit une vaccination opportuniste,

comme le vaccin contre la rougeole lorsque des cas de rougeole sont confirmés. Cette mesure est propice au dialogue, lequel permet d'établir les services à offrir aux familles en respectant leur mode de vie. L'équipe semble avoir de bonnes relations avec les usagers et les communautés, et ceci pourrait servir à stimuler leur participation.

Le service de santé publique a élaboré un plan d'allaitement communautaire conforme au plan d'allaitement déposé par l'hôpital. Ce plan est conforme à la certification et au titre Amis des bébés de Southern Health-Santé Sud, accordés par l'Organisation mondiale de la Santé.

Toutes les nouvelles mères reçoivent la visite d'un infirmier en santé publique à la maison, et les nouveaux parents ont accès à des cliniques de pouponnières. Ceci est particulièrement important pour les familles d'ayant pas accès aux soins primaires ou hésitantes à recourir aux soins d'un médecin. Les mères qui, après avoir été jugées par le personnel hospitalier ou lors de la première rencontre avec un infirmier en santé publique comme ayant besoin d'un soutien ou étant exposées à des risques importants, sont admissibles à des services à domicile. Ceux-ci sont offerts par des auxiliaires pour une période prolongée et prévoient une supervision régulière effectuée par un infirmier en santé publique.

L'équipe de santé publique fait face à plusieurs difficultés. Elle effectue un excellent travail pour établir les priorités axées sur l'équité en santé, les paramètres en santé de la population et pour respecter les normes provinciales. Beaucoup de familles et de nouveaux parents sont des immigrants ou proviennent de groupes culturels ou marginalisés. Pour eux, il peut être difficile d'accéder à temps aux ressources associées aux facteurs déterminants de la santé, et ce processus peut être coûteux en temps. Ils ont grandement besoin de soutien pour accéder aux programmes provinciaux. De plus, les prestataires de soins de santé n'ont pas tous une compréhension approfondie du rôle des infirmiers en santé publique, rôle qui va bien au-delà de la prestation de soins primaires.

L'équipe surveille constamment les maladies transmissibles et s'assure de suivre en tout temps les bons protocoles et processus pour établir le moment de déclaration des épidémies et les mesures à prendre à chaque étape. Les communications entre les coordonnateurs et les médecins hygiénistes en chef sont bonnes sur le plan provincial.

Les usagers font de bons ou d'excellents commentaires sur leur expérience et les services reçus.

L'équipe établit ses priorités stratégiques immédiates de façon à ce que celles-ci permettent de renforcer les liens avec le gouvernement municipal et les communautés des Premières nations.

Les priorités opérationnelles immédiates de l'équipe consistent à régler le problème d'éclosion de cas de syphilis et à procéder à l'enregistrement des données afin d'assurer l'innocuité des vaccins et de réduire les déchets causés par les ruptures de chaînes du froid.

Ensemble de normes : Services de réadaptation – Prestation de services directs

Critères non conformes	Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétence	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères de ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats	
15.4 Des indicateurs utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
15.7 Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour évaluer les progrès.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le leadership de l'équipe permet de gérer efficacement les ressources et évaluer les services offerts à long terme.

Processus prioritaire : Compétence

Le perfectionnement du personnel est un volet important pour le maintien des compétences.

L'équipe utilise les différents outils de communication clés en main pour transmettre les renseignements au sein de l'équipe ainsi qu'aux usagers et aux familles.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe établit des relations efficaces avec les usagers et les familles en matière de prestation de soins et de services. Nous lui recommandons de développer et d'instaurer un mécanisme formel pour recueillir les commentaires des usagers.

Les plans de soins semblent bien documentés et à jour. Ils font partie intégrante des communications entre les membres de l'équipe et avec les usagers.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe possède des politiques et des procédures éprouvées de conservation et de mise à jour des dossiers médicaux des usagers. Elle protège également la confidentialité des renseignements sur les usagers, conformément aux politiques et aux lois provinciales.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Un programme régional de services de réadaptation est offert dans trois emplacements de la région. Les services de réadaptation sont habituellement offerts dans les secteurs suivants : l'audiologie, l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie et la coordination des troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Les services sont offerts à l'échelle du continuum de soins, dont aux enfants, aux jeunes ainsi qu'aux adultes.

Le personnel est formé d'environ 78 employés à temps plein.

Les services sont offerts dans les installations et aux usagers de la région et aux parties prenantes externes, dont aux services à la famille, au ministère de l'Éducation, aux communautés des Premières nations et aux services à l'enfance et à la famille. Les services sont offerts aux usagers de milieux hospitaliers ayant un lit spécialement aménagé pour la réadaptation ainsi qu'à d'autres programmes cliniques offerts dans les installations. Des services en consultation externe sont également offerts dans les communautés.

La mise en œuvre récente d'un système d'évaluation électronique de la charge de travail a permis d'améliorer le processus de collecte des données. Toutefois, il reste du travail à faire dans ce secteur.

Le programme de réadaptation continue d'offrir des services normalisés au besoin. L'accès en temps opportun aux services actuels est menacé par les pénuries de personnel et la demande accrue de services. Cette situation entraîne une demande accrue d'espace pour la prestation de ces services.

Ensemble de normes : Télésanté – Prestation de services directs

Critères non conformes		Critères de priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique		
1.4	Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3	Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est établi avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Compétence		
4.1	La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins		
9.13	Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
10.2	Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
13.9	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et les renseignements sont utilisés en vue d'apporter des améliorations.	!
14.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats		
15.2	La procédure utilisée pour choisir les conseils éclairés par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
15.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des conseils éclairés par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les écarts non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!

15.5 Les conseils et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.

!

15.6	ll existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
16.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.2	Des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à établir les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
17.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
17.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires du visiteur sur le ou les processus prioritaires

Processus prioritaire : Leadership clinique

Le Comité régional de la télésanté est responsable de coordonner la planification et la prestation des services de télésanté dans la région Southern Health-Santé Sud. Les membres sont impatients d'offrir un programme de qualité et durable.

Les membres du comité collaborent avec les prestataires de soins de santé et les programmes de santé pour établir et explorer les possibilités d'élargir le programme. Cet aspect est particulièrement important, compte tenu du fait que les résidents vulnérables ou habitant dans des régions éloignées ont de la difficulté à accéder aux services.

L'équipe de soutien en télésanté est formée de membres du personnel de Southern Health-Santé Sud ainsi que de représentants de eHealth Solutions et de MBTelehealth. Ce partenariat stimule la coordination, offre une expertise et un soutien administratif et sert de liaison avec le programme provincial de télésanté.

Nous félicitons le comité d'avoir établi comme priorités la conformité et l'amélioration de la qualité. Nous l'encourageons à trouver des moyens innovateurs de faire participer activement les usagers et les familles à ces activités. Nous lui recommandons de commencer par aborder un thème qui intéresse les usagers, comme la sécurité des usagers et de l'équipe.

Les dernières révisions et mises à jour aux politiques de télésanté de Southern Health-Santé Sud ont été

effectuées en 2018.
L'équipement de télésanté est bien entreposé, entretenu et remplacé, conformément aux directives de MBTelehealth en matière d'équipements désuets.

Processus prioritaire : Compétence

MBTelehealth offre une formation et des documents visant l'utilisation sécuritaire de l'équipement, des périphériques et des fournitures essentiels au programme de télésanté. L'animateur de eHealthSolutions est responsable d'aider le personnel et de lui offrir une formation dans les établissements.

Le bureau de service et les utilisateurs avancés qui ont reçu une formation offrent une aide immédiate au personnel ou aux utilisateurs qui font face à des problèmes techniques.

En plus d'être appliqués en clinique, les services de télésanté sont largement utilisés dans les établissements de Southern Health-Santé Sud pour la formation du personnel, les réunions régionales et les séances scientifiques.
Le personnel s'engage à respecter la vie privée et à préserver la confidentialité lors de séances de télésanté.
Le personnel a mentionné avoir eu récemment des conversations portant sur le rendement.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les services de télésanté continuent de se développer à l'échelle de l'organisme et ont facilité l'accès clinique pour les usagers et entraîné davantage de possibilités de perfectionnement professionnel.

Un programme de téléAVC a récemment été ajouté et a suscité un accueil positif chez les urgentologues de la communauté. L'élargissement du champ d'application futur et une demande accrue pourraient entraîner des pressions en matière de dotation de personnel de télésanté. Nous encourageons l'organisme à explorer d'autres possibilités de prise de rendez-vous et d'organisation, surtout pour les événements de télésanté ne concernant pas les usagers.

Le personnel est accueillant et encourage à poser des questions. Les usagers et les familles sont reconnaissants que l'on respecte leur besoin d'évaluation en temps opportun. L'équipe prend la peine de bien expliquer aux usagers ce qui se produira pendant l'événement de télésanté.

Elle utilise deux identificateurs, et les outils d'évaluation sont normalisés.

Une approche collaborative de prestation des services permet de placer les usagers et leur famille au cœur des priorités. L'équipe respecte les politiques de contrôle des infections lors de l'utilisation de l'équipement et des installations de télésanté.
L'équipe coordonne les services de suivi appropriés pour les usagers, en collaboration avec d'autres équipes et prestataires.

Les membres de l'équipe connaissent les procédures à suivre pour régler les plaintes et les problèmes d'ordre éthique.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres du personnel de MBTelehealth et de Southern Health-Santé Sud collaborent avec grand professionnalisme pour veiller à appliquer une plateforme robuste, sécurisée et confidentielle pour les technologies et les systèmes.

Tout dépendant des services offerts, le personnel recueille des renseignements normalisés en matière de santé. L'équipe utilise les renseignements, les recherches et les pratiques exemplaires de façon à prendre les meilleures décisions possible pour le programme.

Elle applique des politiques en matière de protection des renseignements sur les usagers lors de la collecte, de la documentation, de l'utilisation et de l'accès à ceux-ci.

L'organisme est reconnu pour ses vérifications constantes de la conformité des processus en matière de documentation.

Processus prioritaire : Répercussions sur les résultats

Les membres de l'équipe sont reconnus pour leur engagement à cerner et à gérer les risques liés que le programme comporte. Nous leur recommandons d'examiner régulièrement les conseils et les protocoles, en collaboration avec MBTelehealth, pour veiller à ce qu'ils soient éclairés par des données probantes.

Nous encourageons l'équipe à trouver des moyens innovateurs d'obtenir régulièrement l'apport pertinent des usagers et des familles, dans tous les aspects de son travail.

Nous félicitons l'équipe d'avoir créé un plan visant à élargir l'application des visites auprès des clients. L'équipe pourrait occasionnellement ajouter des questions supplémentaires ou des entretiens ciblés pour mieux comprendre les problèmes tels que le choix de langue des nombreux nouveaux arrivants dans la région; l'utilisation accrue possible d'un programme d'interprète par téléphone; et les questions visant à mieux quantifier les économies de coûts des usagers (pour un événement clinique) ou un membre du personnel (lors d'une réunion ou d'une séance de formation).

Résultats de l'outil d'évaluation

Dans le cadre de Qmentum, l'organisme a administré des outils d'évaluation. Qmentum comprend trois outils d'évaluation (ou questionnaires) servant à évaluer le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils ont été effectués par un échantillon représentatif d'usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres parties prenantes.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) :- Centre psychiatrique d'Eden

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus de celui-ci, de faire part de leurs impressions et de leurs opinions et d'établir les priorités. Il remplit cet objectif en posant des questions portant sur les éléments suivants :

- La composition du conseil d'administration et l'adhésion de membres à celui-ci;
- L'étendue des pouvoirs (rôles et les responsabilités);
- Les processus à l'égard des réunions;
- L'évaluation de rendement.

Agrément Canada a transmis à l'organisme des résultats détaillés de son outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite d'agrément en utilisant le portail des organismes. L'organisme avait alors pu donner suite aux améliorations recommandées.

- Période de collecte de données : **Du 5 septembre 2017 au 10 novembre 2017**
- **Nombre de réponses : 6**

Résultats obtenus par l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance- Centre psychiatrique d'Eden

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
1. Nous effectuons régulièrement des vérifications et nous nous assurons de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur,	17	33	50	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui précisent notre rôle et nos responsabilités sont bien documentées et constamment respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux précisés.	60	0	40	70

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
4. En tant que conseil d'administration, nous ne sommes pas directement concernés par les problèmes de gestion.	33	0	67	85
5. Les désaccords sont perçus comme une occasion de trouver des solutions plutôt qu'un moyen d'établir un gagnant et un perdant.	0	0	100	95
6. Nous organisons souvent des réunions afin de prendre les décisions en temps opportun.	0	0	100	96
7. Chaque membre comprend et applique ses fonctions légales, son rôle et ses responsabilités, y compris le travail des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent préparés aux réunions pour participer à des conversations enrichissantes et prendre des décisions éclairées.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décision.	33	33	33	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue grandement à l'excellence de la gouvernance et au rendement de la direction.	0	17	83	95
11. Chaque membre est attentif aux idées et à l'apport des autres et leur pose des questions.	0	17	83	97
12. Nous encourageons notre formation et notre perfectionnement professionnel continus.	0	0	100	86
13. Les membres entretiennent des relations de travail positives.	0	0	100	98
14. Nous suivons un processus pour établir les règlements administratifs et les politiques d'entreprise.	0	17	83	95
15. Nos règlements administratifs et nos politiques d'entreprise abordent la confidentialité et les conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous comparons notre rendement par rapport à celui d'organismes semblables ou par rapport aux normes pancanadiennes.	17	17	67	77
17. Nous évaluons régulièrement les contributions de chaque membre.	0	33	67	71

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
18. Nous évaluons régulièrement notre fonctionnement en tant qu'équipe et les moyens d'améliorer nos processus de gouvernance.	0	17	83	84
19. Nous suivons un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque nous constatons un problème lié au rendement.	17	50	33	60
20. En tant que conseil d'administration, nous cernons régulièrement les points à améliorer et menons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	17	83	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	50	17	33	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter les renseignements portant sur la qualité et la sécurité des usagers.	20	0	80	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
24. En tant que conseil d'administration, nous écoutons les témoignages des usagers portant sur les préjudices dont ils ont souffert pendant leur traitement.	17	0	83	86
25. Les mesures de rendement que notre conseil d'administration surveille nous permettent de bien comprendre le rendement organisationnel.	0	17	83	91
26. Nous recrutons, recommandons ou sélectionnons activement de nouveaux membres selon les besoins recherchés concernant les compétences, le milieu et l'expérience.	20	20	60	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	20	20	60	77
28. Nous gérons bien notre cycle de renouvellement afin d'assurer la pérennité du conseil d'administration.	0	0	100	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de la communauté et des parties prenantes.	0	0	100	94
30. Des politiques claires ont été rédigées pour établir la durée du contrat et les restrictions des membres, ainsi que la rémunération.	0	0	100	93

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
31. Nous évaluons notre propre cadre, y compris la taille et la culture du sous-comité.	0	17	83	87
32. Nous appliquons un processus de nomination ou de désignation de notre président.	0	0	100	86

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les répercussions du conseil d'administration au cours des 12 derniers mois, en matière d'améliorations envers :	Pourcentage Faible/passable	Pourcentage Bon	Pourcentage Très bien/Excellent	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
33. Sécurité des usagers	0	17	83	80
34. Qualité des soins	0	17	83	81

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) : Southern Health-Santé Sud

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus de celui-ci, de faire part de leurs impressions et de leurs opinions et d'établir les priorités. Il remplit cet objectif en posant des questions portant sur les éléments suivants :

- La composition du conseil d'administration et l'adhésion de membres à celui-ci;
- L'étendue des pouvoirs (rôles et les responsabilités);
- Les processus à l'égard des réunions;
- L'évaluation de rendement.

Agrément Canada a transmis à l'organisme des résultats détaillés de son outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite d'agrément en utilisant le portail des organismes. L'organisme avait alors pu donner suite aux améliorations recommandées.

- Période de collecte de données : **Du 6 septembre 2017 au 20 décembre 2017**
- **Nombre de réponses : 11**

Résultats de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance -Southern Health-Santé Sud

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
1. Nous effectuons régulièrement des vérifications et nous nous assurons de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur,	0	0	100	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui précisent notre rôle et nos responsabilités sont bien documentées et constamment respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux précisés.	82	0	18	70
4. En tant que conseil d'administration, nous ne sommes pas directement concernés par les problèmes de gestion.	9	0	91	85
5. Les désaccords sont perçus comme une occasion de trouver des solutions plutôt qu'un moyen d'établir un gagnant et un perdant.	0	0	100	95
6. Nous organisons souvent des réunions afin de prendre les décisions en temps opportun.	0	0	100	96

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
7. Chaque membre comprend et applique ses fonctions légales, son rôle et ses responsabilités, y compris le travail des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent préparés aux réunions pour participer à des conversations enrichissantes et prendre des décisions éclairées.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décision.	82	0	18	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue grandement à l'excellence de la gouvernance et au rendement de la direction.	0	0	100	95
11. Chaque membre est attentif aux idées et à l'apport des autres et leur pose des questions.	0	0	100	97
12. Nous encourageons notre formation et notre perfectionnement professionnel continus.	0	9	91	86
13. Les membres entretiennent des relations de travail positives.	0	0	100	98
14. Nous suivons un processus pour établir les règlements administratifs et les politiques d'entreprise.	0	0	100	95
15. Nos règlements administratifs et nos politiques d'entreprise abordent la confidentialité et les conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous comparons notre rendement par rapport à celui d'organismes semblables ou par rapport aux normes pancanadiennes.	0	9	91	77
17. Nous évaluons régulièrement les contributions de chaque membre.	9	0	91	71
18. Nous évaluons régulièrement notre fonctionnement en tant qu'équipe et les moyens d'améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	84
19. Nous suivons un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque nous constatons un problème lié au rendement.	9	9	82	60

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
20. En tant que conseil d'administration, nous cernons régulièrement les points à améliorer et menons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	64	0	36	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter les renseignements portant sur la qualité et la sécurité des usagers.	0	0	100	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
24. En tant que conseil d'administration, nous écoutons les témoignages des usagers portant sur les préjudices dont ils ont souffert pendant leur traitement.	0	0	100	86
25. Les mesures de rendement que notre conseil d'administration surveille nous permettent de bien comprendre le rendement organisationnel.	0	0	100	91
26. Nous recrutons, recommandons ou sélectionnons activement de nouveaux membres selon les besoins recherchés concernant les compétences, le milieu et l'expérience.	0	0	100	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	82	0	18	77
28. Nous gérons bien notre cycle de renouvellement afin d'assurer la pérennité du conseil d'administration.	0	0	100	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de la communauté et des parties prenantes.	0	0	100	94
30. Des politiques claires ont été rédigées pour établir la durée du contrat et les restrictions des membres, ainsi que la rémunération.	0	0	100	93
31. Nous évaluons notre propre cadre, y compris la taille et la culture du sous-comité.	9	0	91	87
32. Nous appliquons un processus de nomination ou de désignation de notre président.	11	0	89	86

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les répercussions du conseil d'administration au cours des 12 derniers mois, en matière d'améliorations envers :	Pourcentage Faible/passable	Pourcentage Bon	Pourcentage Très bien/Excellent	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
33. Sécurité des usagers	0	0	100	80
34. Qualité des soins	0	0	100	81

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) : - Salem Home

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus de celui-ci, de faire part de leurs impressions et de leurs opinions et d'établir les priorités. Il remplit cet objectif en posant des questions portant sur les éléments suivants :

- La composition du conseil d'administration et l'adhésion de membres à celui-ci;
- L'étendue des pouvoirs (rôles et les responsabilités);
- Les processus à l'égard des réunions;
- L'évaluation de rendement.

Agrément Canada a transmis à l'organisme des résultats détaillés de son outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite d'agrément en utilisant le portail des organismes. L'organisme avait alors pu donner suite aux améliorations recommandées.

- Période de collecte de données : **Du 6 septembre 2017 au 25 janvier 2018**
- **Nombre de réponses : 15**

Résultats de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance – Salem Home

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
1. Nous effectuons régulièrement des vérifications et nous nous assurons de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur,	0	0	100	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui précisent notre rôle et nos responsabilités sont bien documentées et constamment respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux précisés.	100	0	0	70
4. En tant que conseil d'administration, nous ne sommes pas directement concernés par les problèmes de gestion.	0	0	100	85
5. Les désaccords sont perçus comme une occasion de trouver des solutions plutôt qu'un moyen d'établir un gagnant et un perdant.	0	0	100	95
6. Nous organisons souvent des réunions afin de prendre les décisions en temps opportun.	0	0	100	96

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
7. Chaque membre comprend et applique ses fonctions légales, son rôle et ses responsabilités, y compris le travail des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent préparés aux réunions pour participer à des conversations enrichissantes et prendre des décisions éclairées.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décision.	100	0	0	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue grandement à l'excellence de la gouvernance et au rendement de la direction.	0	0	100	95
11. Chaque membre est attentif aux idées et à l'apport des autres et leur pose des questions.	0	0	100	97
12. Nous encourageons notre formation et notre perfectionnement professionnel continus.	0	0	100	86
13. Les membres entretiennent des relations de travail positives.	0	0	100	98
14. Nous suivons un processus pour établir les règlements administratifs et les politiques d'entreprise.	0	0	100	95
15. Nos règlements administratifs et nos politiques d'entreprise abordent la confidentialité et les conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous comparons notre rendement par rapport à celui d'organismes semblables ou par rapport aux normes pancanadiennes.	0	0	100	77
17. Nous évaluons régulièrement les contributions de chaque membre.	0	93	7	71
18. Nous évaluons régulièrement notre fonctionnement en tant qu'équipe et les moyens d'améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	84
19. Nous suivons un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque nous constatons un problème lié au rendement.	0	7	93	60

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
20. En tant que conseil d'administration, nous cernons régulièrement les points à améliorer et menons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	7	0	93	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	93	0	7	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter les renseignements portant sur la qualité et la sécurité des usagers.	0	0	100	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
24. En tant que conseil d'administration, nous écoutons les témoignages des usagers portant sur les préjudices dont ils ont souffert pendant leur traitement.	0	0	100	86
25. Les mesures de rendement que notre conseil d'administration surveille nous permettent de bien comprendre le rendement organisationnel.	0	0	100	91
26. Nous recrutons, recommandons ou sélectionnons activement de nouveaux membres selon les besoins recherchés concernant les compétences, le milieu et l'expérience.	0	100	0	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	100	0	0	77
28. Nous gérons bien notre cycle de renouvellement afin d'assurer la pérennité du conseil d'administration.	0	0	100	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de la communauté et des parties prenantes.	0	0	100	94
30. Des politiques claires ont été rédigées pour établir la durée du contrat et les restrictions des membres, ainsi que la rémunération.	0	0	100	93
31. Nous évaluons notre propre cadre, y compris la taille et la culture du sous-comité.	0	0	100	87
32. Nous appliquons un processus de nomination ou de désignation de notre président.	0	0	100	86

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les répercussions du conseil d'administration au cours des 12 derniers mois, en matière d'améliorations envers :	Pourcentage Faible/passable	Pourcentage Bon	Pourcentage Très bien/Excellent	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
33. Sécurité des usagers	0	0	100	80
34. Qualité des soins	0	7	93	81

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) : - Tabor Home

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus de celui-ci, de faire part de leurs impressions et de leurs opinions et d'établir les priorités. Il remplit cet objectif en posant des questions portant sur les éléments suivants :

- La composition du conseil d'administration et l'adhésion de membres à celui-ci;
- L'étendue des pouvoirs (rôles et les responsabilités);
- Les processus à l'égard des réunions;
- L'évaluation de rendement.

Agrément Canada a transmis à l'organisme des résultats détaillés de son outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite d'agrément en utilisant le portail des organismes. L'organisme avait alors pu donner suite aux améliorations recommandées.

- Période de collecte de données : **Du 6 septembre 2017 au 26 janvier 2018**
- **Nombre de réponses : 10**

Résultats de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance – Tabor Home

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
1. Nous effectuons régulièrement des vérifications et nous nous assurons de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur,	0	0	100	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui précisent notre rôle et nos responsabilités sont bien documentées et constamment respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux précisés.	100	0	0	70
4. En tant que conseil d'administration, nous ne sommes pas directement concernés par les problèmes de gestion.	0	0	100	85
5. Les désaccords sont perçus comme une occasion de trouver des solutions plutôt qu'un moyen d'établir un gagnant et un perdant.	0	0	100	95
6. Nous organisons souvent des réunions afin de prendre les décisions en temps opportun.	0	0	100	96

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
7. Chaque membre comprend et applique ses fonctions légales, son rôle et ses responsabilités, y compris le travail des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent préparés aux réunions pour participer à des conversations enrichissantes et prendre des décisions éclairées.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décision.	100	0	0	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue grandement à l'excellence de la gouvernance et au rendement de la direction.	0	0	100	95
11. Chaque membre est attentif aux idées et à l'apport des autres et leur pose des questions.	0	0	100	97
12. Nous encourageons notre formation et notre perfectionnement professionnel continus.	0	0	100	86
13. Les membres entretiennent des relations de travail positives.	0	0	100	98
14. Nous suivons un processus pour établir les règlements administratifs et les politiques d'entreprise.	0	0	100	95
15. Nos règlements administratifs et nos politiques d'entreprise abordent la confidentialité et les conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous comparons notre rendement par rapport à celui d'organismes semblables ou par rapport aux normes pancanadiennes.	0	0	100	77
17. Nous évaluons régulièrement les contributions de chaque membre.	0	0	100	71
18. Nous évaluons régulièrement notre fonctionnement en tant qu'équipe et les moyens d'améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	84
19. Nous suivons un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque nous constatons un problème lié au rendement.	0	0	100	60

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
20. En tant que conseil d'administration, nous cernons régulièrement les points à améliorer et menons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	100	0	0	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter les renseignements portant sur la qualité et la sécurité des usagers.	0	0	100	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
24. En tant que conseil d'administration, nous écoutons les témoignages des usagers portant sur les préjudices dont ils ont souffert pendant leur traitement.	0	0	100	86
25. Les mesures de rendement que notre conseil d'administration surveille nous permettent de bien comprendre le rendement organisationnel.	0	0	100	91
26. Nous recrutons, recommandons ou sélectionnons activement de nouveaux membres selon les besoins recherchés concernant les compétences, le milieu et l'expérience.	0	0	100	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	100	0	0	77
28. Nous gérons bien notre cycle de renouvellement afin d'assurer la pérennité du conseil d'administration.	0	0	100	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de la communauté et des parties prenantes.	0	0	100	94
30. Des politiques claires ont été rédigées pour établir la durée du contrat et les restrictions des membres, ainsi que la rémunération.	0	0	100	93
31. Nous évaluons notre propre cadre, y compris la taille et la culture du sous-comité.	0	0	100	87
32. Nous appliquons un processus de nomination ou de désignation de notre président.	0	0	100	86

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les répercussions du conseil d'administration au cours des 12 derniers mois, en matière d'améliorations envers :	Pourcentage Faible/passable	Pourcentage Bon	Pourcentage Très bien/Excellent	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
33. Sécurité des usagers	0	0	100	80
34. Qualité des soins	0	0	100	81

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) : - Foyer de soins personnels Rest Haven

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus de celui-ci, de faire part de leurs impressions et de leurs opinions et d'établir les priorités. Il remplit cet objectif en posant des questions portant sur les éléments suivants :

- La composition du conseil d'administration et l'adhésion de membres à celui-ci;
- L'étendue des pouvoirs (rôles et les responsabilités);
- Les processus à l'égard des réunions;
- L'évaluation de rendement.

Agrément Canada a transmis à l'organisme des résultats détaillés de son outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite d'agrément en utilisant le portail des organismes. L'organisme avait alors pu donner suite aux améliorations recommandées.

- Période de collecte de données : **Du 6 septembre 2017 au 21 février 2018**
- **Nombre de réponses : 9**

Résultats de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance – Foyer de soins personnels Rest Haven

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
1. Nous effectuons régulièrement des vérifications et nous nous assurons de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur,	0	0	100	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui précisent notre rôle et nos responsabilités sont bien documentées et constamment respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux précisés.	100	0	0	70
4. En tant que conseil d'administration, nous ne sommes pas directement concernés par les problèmes de gestion.	0	0	100	85
5. Les désaccords sont perçus comme une occasion de trouver des solutions plutôt qu'un moyen d'établir un gagnant et un perdant.	0	0	100	95

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
6. Nous organisons souvent des réunions afin de prendre les décisions en temps opportun.	0	0	100	96
7. Chaque membre comprend et applique ses fonctions légales, son rôle et ses responsabilités, y compris le travail des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent préparés aux réunions pour participer à des conversations enrichissantes et prendre des décisions éclairées.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décision.	100	0	0	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue grandement à l'excellence de la gouvernance et au rendement de la direction.	0	0	100	95
11. Chaque membre est attentif aux idées et à l'apport des autres et leur pose des questions.	0	0	100	97
12. Nous encourageons notre formation et notre perfectionnement professionnel continus.	0	0	100	86
13. Les membres entretiennent des relations de travail positives.	0	0	100	98
14. Nous suivons un processus pour établir les règlements administratifs et les politiques d'entreprise.	0	0	100	95
15. Nos règlements administratifs et nos politiques d'entreprise abordent la confidentialité et les conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous comparons notre rendement par rapport à celui d'organismes semblables ou par rapport aux normes pancanadiennes.	0	0	100	77
17. Nous évaluons régulièrement les contributions de chaque membre.	0	0	100	71
18. Nous évaluons régulièrement notre fonctionnement en tant qu'équipe et les moyens d'améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	84

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
19. Nous suivons un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque nous constatons un problème lié au rendement.	0	0	100	60
20. En tant que conseil d'administration, nous cernons régulièrement les points à améliorer et menons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	100	0	0	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter les renseignements portant sur la qualité et la sécurité des usagers.	0	0	100	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
24. En tant que conseil d'administration, nous écoutons les témoignages des usagers portant sur les préjudices dont ils ont souffert pendant leur traitement.	0	0	100	86
25. Les mesures de rendement que notre conseil d'administration surveille nous permettent de bien comprendre le rendement organisationnel.	0	0	100	91
26. Nous recrutons, recommandons ou sélectionnons activement de nouveaux membres selon les besoins recherchés concernant les compétences, le milieu et l'expérience.	0	0	100	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	100	0	0	77
28. Nous gérons bien notre cycle de renouvellement afin d'assurer la pérennité du conseil d'administration.	0	0	100	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de la communauté et des parties prenantes.	0	0	100	94
30. Des politiques claires ont été rédigées pour établir la durée du contrat et les restrictions des membres, ainsi que la rémunération.	0	0	100	93

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
31. Nous évaluons notre propre cadre, y compris la taille et la culture du sous-comité.	0	0	100	87
32. Nous appliquons un processus de nomination ou de désignation de notre président.	0	0	100	86

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les répercussions du conseil d'administration au cours des 12 derniers mois, en matière d'améliorations envers :	Pourcentage Faible/passable	Pourcentage Bon	Pourcentage Très bien/Excellent	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
33. Sécurité des usagers	0	0	100	80
34. Qualité des soins	0	0	100	81

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) : - Prairie View Lodge

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus de celui-ci, de faire part de leurs impressions et de leurs opinions et d'établir les priorités. Il remplit cet objectif en posant des questions portant sur les éléments suivants :

- La composition du conseil d'administration et l'adhésion de membres à celui-ci;
- L'étendue des pouvoirs (rôles et les responsabilités);
- Les processus à l'égard des réunions;
- L'évaluation de rendement.

Agrément Canada a transmis à l'organisme des résultats détaillés de son outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite d'agrément en utilisant le portail des organismes. L'organisme avait alors pu donner suite aux améliorations recommandées.

- Période de collecte de données : **Du 6 septembre 2017 au 2 mars 2018**
- **Nombre de réponses : 7**

Résultats de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance – Prairie View Lodge

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
1. Nous effectuons régulièrement des vérifications et nous nous assurons de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur,	0	0	100	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui précisent notre rôle et nos responsabilités sont bien documentées et constamment respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux précisés.	86	14	0	70
4. En tant que conseil d'administration, nous ne sommes pas directement concernés par les problèmes de gestion.	14	0	86	85
5. Les désaccords sont perçus comme une occasion de trouver des solutions plutôt qu'un moyen d'établir un gagnant et un perdant.	0	0	100	95

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
6. Nous organisons souvent des réunions afin de prendre les décisions en temps opportun.	0	0	100	96
7. Chaque membre comprend et applique ses fonctions légales, son rôle et ses responsabilités, y compris le travail des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent préparés aux réunions pour participer à des conversations enrichissantes et prendre des décisions éclairées.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décision.	86	0	14	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue grandement à l'excellence de la gouvernance et au rendement de la direction.	0	14	86	95
11. Chaque membre est attentif aux idées et à l'apport des autres et leur pose des questions.	0	0	100	97
12. Nous encourageons notre formation et notre perfectionnement professionnel continus.	0	0	100	86
13. Les membres entretiennent des relations de travail positives.	0	0	100	98
14. Nous suivons un processus pour établir les règlements administratifs et les politiques d'entreprise.	0	0	100	95
15. Nos règlements administratifs et nos politiques d'entreprise abordent la confidentialité et les conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous comparons notre rendement par rapport à celui d'organismes semblables ou par rapport aux normes pancanadiennes.	0	14	86	77
17. Nous évaluons régulièrement les contributions de chaque membre.	57	29	14	71
18. Nous évaluons régulièrement notre fonctionnement en tant qu'équipe et les moyens d'améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	84

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
19. Nous suivons un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque nous constatons un problème lié au rendement.	0	0	100	60
20. En tant que conseil d'administration, nous cernons régulièrement les points à améliorer et menons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	14	86	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	86	14	0	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter les renseignements portant sur la qualité et la sécurité des usagers.	0	0	100	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
24. En tant que conseil d'administration, nous écoutons les témoignages des usagers portant sur les préjudices dont ils ont souffert pendant leur traitement.	0	29	71	86
25. Les mesures de rendement que notre conseil d'administration surveille nous permettent de bien comprendre le rendement organisationnel.	0	0	100	91
26. Nous recrutons, recommandons ou sélectionnons activement de nouveaux membres selon les besoins recherchés concernant les compétences, le milieu et l'expérience.	14	29	57	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	71	14	14	77
28. Nous gérons bien notre cycle de renouvellement afin d'assurer la pérennité du conseil d'administration.	0	0	100	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de la communauté et des parties prenantes.	0	0	100	94
30. Des politiques claires ont été rédigées pour établir la durée du contrat et les restrictions des membres, ainsi que la rémunération.	0	0	100	93

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
31. Nous évaluons notre propre cadre, y compris la taille et la culture du sous-comité.	0	0	100	87
32. Nous appliquons un processus de nomination ou de désignation de notre président.	0	0	100	86

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les répercussions du conseil d'administration au cours des 12 derniers mois, en matière d'améliorations envers :	Pourcentage Faible/passable	Pourcentage Bon	Pourcentage Très bien/Excellent	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
33. Sécurité des usagers	0	29	71	80
34. Qualité des soins	0	14	86	81

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) : - Hôpital et foyer de soins personnels Rock Lake District

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus de celui-ci, de faire part de leurs impressions et de leurs opinions et d'établir les priorités. Il remplit cet objectif en posant des questions portant sur les éléments suivants :

- La composition du conseil d'administration et l'adhésion de membres à celui-ci;
- L'étendue des pouvoirs (rôles et les responsabilités);
- Les processus à l'égard des réunions;
- L'évaluation de rendement.

Agrément Canada a transmis à l'organisme des résultats détaillés de son outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite d'agrément en utilisant le portail des organismes. L'organisme avait alors pu donner suite aux améliorations recommandées.

- Période de collecte de données : **Du 6 septembre 2017 au 2 mars 2018**
- **Nombre de réponses : 8**

Résultats de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance – Hôpital et foyer de soins personnels Rock Lake District

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
1. Nous effectuons régulièrement des vérifications et nous nous assurons de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur,	0	13	88	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui précisent notre rôle et nos responsabilités sont bien documentées et constamment respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux précisés.	88	13	0	70
4. En tant que conseil d'administration, nous ne sommes pas directement concernés par les problèmes de gestion.	13	0	88	85
5. Les désaccords sont perçus comme une occasion de trouver des solutions plutôt qu'un moyen d'établir un gagnant et un perdant.	0	13	88	95
6. Nous organisons souvent des réunions afin de prendre les décisions en temps opportun.	13	0	88	96

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
7. Chaque membre comprend et applique ses fonctions légales, son rôle et ses responsabilités, y compris le travail des sous-comités (le cas échéant).	0	13	88	96
8. Les membres arrivent préparés aux réunions pour participer à des conversations enrichissantes et prendre des décisions éclairées.	0	13	88	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décision.	63	0	38	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue grandement à l'excellence de la gouvernance et au rendement de la direction.	0	13	88	95
11. Chaque membre est attentif aux idées et à l'apport des autres et leur pose des questions.	13	0	88	97
12. Nous encourageons notre formation et notre perfectionnement professionnel continus.	0	0	100	86
13. Les membres entretiennent des relations de travail positives.	0	0	100	98
14. Nous suivons un processus pour établir les règlements administratifs et les politiques d'entreprise.	0	0	100	95
15. Nos règlements administratifs et nos politiques d'entreprise abordent la confidentialité et les conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous comparons notre rendement par rapport à celui d'organismes semblables ou par rapport aux normes pancanadiennes.	13	13	75	77
17. Nous évaluons régulièrement les contributions de chaque membre.	50	13	38	71
18. Nous évaluons régulièrement notre fonctionnement en tant qu'équipe et les moyens d'améliorer nos processus de gouvernance.	13	0	88	84
19. Nous suivons un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque nous constatons un problème lié au rendement.	13	13	75	60

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
20. En tant que conseil d'administration, nous cernons régulièrement les points à améliorer et menons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	13	0	88	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	63	13	25	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter les renseignements portant sur la qualité et la sécurité des usagers.	0	13	88	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
24. En tant que conseil d'administration, nous écoutons les témoignages des usagers portant sur les préjudices dont ils ont souffert pendant leur traitement.	25	0	75	86
25. Les mesures de rendement que notre conseil d'administration surveille nous permettent de bien comprendre le rendement organisationnel.	0	13	88	91
26. Nous recrutons, recommandons ou sélectionnons activement de nouveaux membres selon les besoins recherchés concernant les compétences, le milieu et l'expérience.	13	38	50	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	50	13	38	77
28. Nous gérons bien notre cycle de renouvellement afin d'assurer la pérennité du conseil d'administration.	0	0	100	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de la communauté et des parties prenantes.	0	0	100	94
30. Des politiques claires ont été rédigées pour établir la durée du contrat et les restrictions des membres, ainsi que la rémunération.	0	0	100	93
31. Nous évaluons notre propre cadre, y compris la taille et la culture du sous-comité.	0	0	100	87
32. Nous appliquons un processus de nomination ou de désignation de notre président.	0	0	100	86

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les répercussions du conseil d'administration au cours des 12 derniers mois, en matière d'améliorations envers :	Pourcentage Faible/passable	Pourcentage Bon	Pourcentage Très bien/Excellent	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
33. Sécurité des usagers	0	25	75	80
34. Qualité des soins	0	25	75	81

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) : - Foyer de soins personnels Heritage Life

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus de celui-ci, de faire part de leurs impressions et de leurs opinions et d'établir les priorités. Il remplit cet objectif en posant des questions portant sur les éléments suivants :

- La composition du conseil d'administration et l'adhésion de membres à celui-ci;
- L'étendue des pouvoirs (rôles et les responsabilités);
- Les processus à l'égard des réunions;
- L'évaluation de rendement.

Agrément Canada a transmis à l'organisme des résultats détaillés de son outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite d'agrément en utilisant le portail des organismes. L'organisme avait alors pu donner suite aux améliorations recommandées.

- Période de collecte de données : **Du 6 septembre 2017 au 22 mars 2018**
- **Nombre de réponses : 1**

Résultats de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance – Foyer de soins personnels Heritage Life

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
1. Nous effectuons régulièrement des vérifications et nous nous assurons de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur,	0	0	100	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui précisent notre rôle et nos responsabilités sont bien documentées et constamment respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux précisés.	100	0	0	70
4. En tant que conseil d'administration, nous ne sommes pas directement concernés par les problèmes de gestion.	0	100	0	85
5. Les désaccords sont perçus comme une occasion de trouver des solutions plutôt qu'un moyen d'établir un gagnant et un perdant.	0	0	100	95
6. Nous organisons souvent des réunions afin de prendre les décisions en temps opportun.	0	0	100	96

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
7. Chaque membre comprend et applique ses fonctions légales, son rôle et ses responsabilités, y compris le travail des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent préparés aux réunions pour participer à des conversations enrichissantes et prendre des décisions éclairées.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décision.	100	0	0	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue grandement à l'excellence de la gouvernance et au rendement de la direction.	0	0	100	95
11. Chaque membre est attentif aux idées et à l'apport des autres et leur pose des questions.	0	0	100	97
12. Nous encourageons notre formation et notre perfectionnement professionnel continus.	0	0	100	86
13. Les membres entretiennent des relations de travail positives.	0	0	100	98
14. Nous suivons un processus pour établir les règlements administratifs et les politiques d'entreprise.	0	0	100	95
15. Nos règlements administratifs et nos politiques d'entreprise abordent la confidentialité et les conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous comparons notre rendement par rapport à celui d'organismes semblables ou par rapport aux normes pancanadiennes.	0	100	0	77
17. Nous évaluons régulièrement les contributions de chaque membre.	0	0	100	71
18. Nous évaluons régulièrement notre fonctionnement en tant qu'équipe et les moyens d'améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	84
19. Nous suivons un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque nous constatons un problème lié au rendement.	100	0	0	60
20. En tant que conseil d'administration, nous cernons régulièrement les points à améliorer et menons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	84

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	0	100	0	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter les renseignements portant sur la qualité et la sécurité des usagers.	0	0	100	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
24. En tant que conseil d'administration, nous écoutons les témoignages des usagers portant sur les préjudices dont ils ont souffert pendant leur traitement.	0	0	100	86
25. Les mesures de rendement surveillées par notre conseil d'administration nous permettent de bien comprendre notre rendementorganisationnel.	0	0	100	91
26. Nous recrutons, recommandons ou sélectionnons activement de nouveaux membres selon les besoins recherchés concernant les compétences, le milieu et l'expérience.	0	0	100	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	100	0	0	77
28. Nous gérons bien notre cycle de renouvellement afin d'assurer la pérennité du conseil d'administration.	0	0	100	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de la communauté et des parties prenantes.	0	0	100	94
30. Des politiques claires ont été rédigées pour établir la durée du contrat et les restrictions des membres, ainsi que la rémunération.	0	0	100	93
31. Nous évaluons notre propre cadre, y compris la taille et la culture du sous-comité.	0	0	100	87
32. Nous appliquons un processus de nomination ou de désignation de notre président.	0	0	100	86

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les répercussions du conseil d'administration au cours des 12 derniers mois, en matière d'améliorations envers :	Pourcentage Faible/passable	Pourcentage Bon	Pourcentage Très bien/Excellent	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
33. Sécurité des usagers	0	0	100	80
34. Qualité des soins	0	0	100	81

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) : - Menno Home for the Aged

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus de celui-ci, de faire part de leurs impressions et de leurs opinions et d'établir les priorités. Il remplit cet objectif en posant des questions portant sur les éléments suivants :

- La composition du conseil d'administration et l'adhésion de membres à celui-ci;
- L'étendue des pouvoirs (rôles et les responsabilités);
- Les processus à l'égard des réunions;
- L'évaluation de rendement.

Agrément Canada a transmis à l'organisme des résultats détaillés de son outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite d'agrément en utilisant le portail des organismes. L'organisme avait alors pu donner suite aux améliorations recommandées.

- Période de collecte de données : **Du 6 septembre 2017 au 28 mars 2018**
- **Nombre de réponses : 6**

Résultats de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance – Menno Home for the Aged

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
1. Nous effectuons régulièrement des vérifications et nous nous assurons de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur,	0	0	100	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui précisent notre rôle et nos responsabilités sont bien documentées et constamment respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux précisés.	33	50	17	70
4. En tant que conseil d'administration, nous ne sommes pas directement concernés par les problèmes de gestion.	0	0	100	85
5. Les désaccords sont perçus comme une occasion de trouver des solutions plutôt qu'un moyen d'établir un gagnant et un perdant.	0	0	100	95
6. Nous organisons souvent des réunions afin de prendre les décisions en temps opportun.	0	0	100	96

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
7. Chaque membre comprend et applique ses fonctions légales, son rôle et ses responsabilités, y compris le travail des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent préparés aux réunions pour participer à des conversations enrichissantes et prendre des décisions éclairées.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décision.	17	50	33	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue grandement à l'excellence de la gouvernance et au rendement de la direction.	0	0	100	95
11. Chaque membre est attentif aux idées et à l'apport des autres et leur pose des questions.	0	0	100	97
12. Nous encourageons notre formation et notre perfectionnement professionnel continus.	0	0	100	86
13. Les membres entretiennent des relations de travail positives.	0	0	100	98
14. Nous suivons un processus pour établir les règlements administratifs et les politiques d'entreprise.	0	0	100	95
15. Nos règlements administratifs et nos politiques d'entreprise abordent la confidentialité et les conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous comparons notre rendement par rapport à celui d'organismes semblables ou par rapport aux normes pancanadiennes.	0	17	83	77
17. Nous évaluons régulièrement les contributions de chaque membre.	0	83	17	71
18. Nous évaluons régulièrement notre fonctionnement en tant qu'équipe et les moyens d'améliorer nos processus de gouvernance.	0	0	100	84
19. Nous suivons un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque nous constatons un problème lié au rendement.	0	50	50	60

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
20. En tant que conseil d'administration, nous cernons régulièrement les points à améliorer et menons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	0	100	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	50	0	50	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter les renseignements portant sur la qualité et la sécurité des usagers.	0	0	100	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
24. En tant que conseil d'administration, nous écoutons les témoignages des usagers portant sur les préjudices dont ils ont souffert pendant leur traitement.	17	0	83	86
25. Les mesures de rendement que notre conseil d'administration surveille nous permettent de bien comprendre le rendement organisationnel.	0	0	100	91
26. Nous recrutons, recommandons ou sélectionnons activement de nouveaux membres selon les besoins recherchés concernant les compétences, le milieu et l'expérience.	50	0	50	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	17	83	0	77
28. Nous gérons bien notre cycle de renouvellement afin d'assurer la pérennité du conseil d'administration.	0	17	83	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de la communauté et des parties prenantes.	0	0	100	94
30. Des politiques claires ont été rédigées pour établir la durée du contrat et les restrictions des membres, ainsi que la rémunération.	0	0	100	93
31. Nous évaluons notre propre cadre, y compris la taille et la culture du sous-comité.	0	17	83	87
32. Nous appliquons un processus de nomination ou de désignation de notre président.	0	0	100	86

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les répercussions du conseil d'administration au cours des 12 derniers mois, en matière d'améliorations envers :	Pourcentage Faible/passable	Pourcentage Bon	Pourcentage Très bien/Excellent	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
33. Sécurité des usagers	0	0	100	80
34. Qualité des soins	0	0	100	81

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016) : - Villa Youville

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus de celui-ci, de faire part de leurs impressions et de leurs opinions et d'établir les priorités. Il remplit cet objectif en posant des questions portant sur les éléments suivants :

- La composition du conseil d'administration et l'adhésion de membres à celui-ci;
- L'étendue des pouvoirs (rôles et les responsabilités);
- Les processus à l'égard des réunions;
- L'évaluation de rendement.

Agrément Canada a transmis à l'organisme des résultats détaillés de son outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance avant la visite d'agrément en utilisant le portail des organismes. L'organisme avait alors pu donner suite aux améliorations recommandées.

- Période de collecte de données : **Du 6 septembre 2017 au 31 mars 2018**
- **Nombre de réponses : 8**

Résultats de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance – Villa Youville

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
1. Nous effectuons régulièrement des vérifications et nous nous assurons de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur,	0	13	88	94
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui précisent notre rôle et nos responsabilités sont bien documentées et constamment respectées.	0	0	100	95
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux précisés.	88	0	13	70
4. En tant que conseil d'administration, nous ne sommes pas directement concernés par les problèmes de gestion.	25	0	75	85
5. Les désaccords sont perçus comme une occasion de trouver des solutions plutôt qu'un moyen d'établir un gagnant et un perdant.	0	0	100	95
6. Nous organisons souvent des réunions afin de prendre les décisions en temps opportun.	0	0	100	96

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
7. Chaque membre comprend et applique ses fonctions légales, son rôle et ses responsabilités, y compris le travail des sous-comités (le cas échéant).	0	0	100	96
8. Les membres arrivent préparés aux réunions pour participer à des conversations enrichissantes et prendre des décisions éclairées.	0	0	100	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décision.	63	0	38	59
10. La composition de notre conseil d'administration contribue grandement à l'excellence de la gouvernance et au rendement de la direction.	0	0	100	95
11. Chaque membre est attentif aux idées et à l'apport des autres et leur pose des questions.	0	0	100	97
12. Nous encourageons notre formation et notre perfectionnement professionnel continus.	0	38	63	86
13. Les membres entretiennent des relations de travail positives.	0	0	100	98
14. Nous suivons un processus pour établir les règlements administratifs et les politiques d'entreprise.	0	0	100	95
15. Nos règlements administratifs et nos politiques d'entreprise abordent la confidentialité et les conflits d'intérêts.	0	0	100	98
16. Nous comparons notre rendement par rapport à celui d'organismes semblables ou par rapport aux normes pancanadiennes.	29	29	43	77
17. Nous évaluons régulièrement les contributions de chaque membre.	14	0	86	71
18. Nous évaluons régulièrement notre fonctionnement en tant qu'équipe et les moyens d'améliorer nos processus de gouvernance.	0	13	88	84
19. Nous suivons un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque nous constatons un problème lié au rendement.	14	43	43	60

	% Fortement en désaccord ou en désaccord	% Ni en accord ni en désaccord	% En accord ou tout à fait d'accord	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
20. En tant que conseil d'administration, nous cernons régulièrement les points à améliorer et menons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	0	25	75	84
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	63	25	13	44
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter les renseignements portant sur la qualité et la sécurité des usagers.	13	0	88	81
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	97
24. En tant que conseil d'administration, nous écoutons les témoignages des usagers portant sur les préjudices dont ils ont souffert pendant leur traitement.	0	50	50	86
25. Les mesures de rendement que notre conseil d'administration surveille nous permettent de bien comprendre le rendement organisationnel.	0	13	88	91
26. Nous recrutons, recommandons ou sélectionnons activement de nouveaux membres selon les besoins recherchés concernant les compétences, le milieu et l'expérience.	0	0	100	86
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	75	0	25	77
28. Nous gérons bien notre cycle de renouvellement afin d'assurer la pérennité du conseil d'administration.	0	0	100	89
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de la communauté et des parties prenantes.	0	0	100	94
30. Des politiques claires ont été rédigées pour établir la durée du contrat et les restrictions des membres, ainsi que la rémunération.	0	0	100	93
31. Nous évaluons notre propre cadre, y compris la taille et la culture du sous-comité.	0	13	88	87
32. Nous appliquons un processus de nomination ou de désignation de notre président.	0	0	100	86

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous les répercussions du conseil d'administration au cours des 12 derniers mois, en matière d'améliorations envers :	Pourcentage Faible/passable	Pourcentage Bon	Pourcentage Très bien/Excellent	% En accord *Moyenne canadienne
	Organisme	Organisme	Organisme	
33. Sécurité des usagers	0	13	88	80
34. Qualité des soins	0	13	88	81

* 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 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

Agrément Canada aide les organismes à offrir des milieux de travail de haute qualité et favorables au bien-être et au bon rendement des membres du personnel. C'est pourquoi Agrément Canada offre aux organismes le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, questionnaire éclairé par des données probantes qui permet d'examiner la qualité de vie au travail.

Les organismes peuvent exploiter les résultats du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour établir les points forts et les lacunes à combler concernant la qualité de vie au travail, mobiliser les parties prenantes dans le cadre de discussions sur les possibilités d'amélioration, planifier des interventions visant l'amélioration de la qualité de vie au travail et avoir une idée plus claire de la façon dont la qualité de vie au travail influe sur la capacité de l'organisme à atteindre ses objectifs stratégiques. Les organismes peuvent obtenir de meilleurs résultats en adoptant des mesures pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail évalués par le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail.

L'organisme a utilisé un outil de remplacement approuvé pour évaluer la qualité de vie au travail. Un plan d'action a été présenté à Agrément Canada.

Outil pour l'information sur l'expérience vécue par l'usager

L'évaluation de l'expérience vécue par l'usager de manière uniforme et formelle fournit aux organismes des renseignements qui leur permettent d'améliorer les services centrés sur l'usager, d'accroître l'engagement des usagers et d'étayer des projets d'amélioration de la qualité.

Avant la visite d'agrément, l'organisme a réalisé un sondage sur l'expérience vécue par l'usager. Celui-ci portait sur les dimensions suivantes :

> **Le respect des valeurs, des préférences et des besoins exprimés par l'usager,** notamment respecter les droits, les valeurs culturelles et les préférences de l'usager; assurer le consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et encourager la participation active à la planification des soins et à la prestation de services.
>
> **Le partage de renseignements, la communication et l'enseignement,** notamment offrir les renseignements que les gens veulent, assurer une communication ouverte et transparente, et renseigner les usagers et leur famille sur les problèmes de santé.
>
> **La coordination et l'intégration des services d'un point de service à l'autre,** notamment accéder aux services, offrir des services continus dans le continuum et préparer les usagers à la sortie ou à la transition.
>
> **L'amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne,** notamment assurer le confort physique, la prise en charge de leur douleur, le soutien émotionnel et spirituel ainsi que le counseling.

L'organisme a ensuite pu saisir des possibilités d'améliorations et aborder les projets associés avec des visiteurs pendant la visite d'agrément.

Exigences du programme sur l'expérience vécue par l'usager	
A réalisé un sondage sur l'expérience vécue par l'usager à l'aide d'un outil adapté et d'une approche qui satisfait aux exigences du programme d'agrément	Conforme
A donné un rapport sur le sondage concernant l'expérience vécue par l'usager à Agrément Canada	Conforme

Commentaires de l’organisme

Après la visite d’agrément, l’organisme a été invité à donner des commentaires à inclure dans le présent rapport sur son expérience avec Qmentum et le processus d’agrément.

Southern Health-Santé Sud (SH-SS), en partenariat avec l’organisme communautaire affilié sans but lucratif, a participé à la visite d’agrément au printemps 2019 dans le cadre du cycle de l’agrément, échelonné sur quatre ans.

SH-SS et les organismes communautaires affiliés sans but lucratif s’engagent à offrir des soins de qualité centrés sur les personnes et orientés sur l’amélioration continue, la sécurité des usagers et la gestion du risque. Nos organismes s’efforcent d’offrir des soins qui s’inscrivent dans notre mission, notre vision et nos valeurs. Le présent rapport souligne nos forces organisationnelles et cerne des secteurs propices à la croissance et au perfectionnement pour qu’ensemble, nous tracions la voie pour un avenir en santé.

Annexe A – Qmentum

L'agrément des soins de santé contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer périodiquement et systématiquement ses services. Le programme d'agrément Qmentum d'Agrément Canada offre un processus personnalisé aligné sur les besoins et les priorités de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent des questionnaires d'auto-évaluation, soumettent des données de mesure de rendement et se soumettent à une visite d'agrément au cours de laquelle des visiteurs formés évaluent leurs services en fonction des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit des résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite d'agrément. Agrément Canada examine ces résultats et publie le rapport d'agrément dans les 15 jours ouvrables.

Un complément important au rapport d'agrément est le plan d'amélioration de la qualité du rendement en ligne offert aux organismes clients par l'entremise de leur portail. L'organisme utilise les renseignements du plan d'amélioration conjointement avec le rapport d'agrément pour s'assurer d'élaborer des plans d'action complets.

Au cours du cycle de quatre ans, Agrément Canada assure une liaison et un soutien continus pour aider l'organisme à résoudre les problèmes, élaborer des plans d'action et évaluer les progrès.

Plan d'action

Après la visite d'agrément, l'organisme se sert des renseignements inscrits dans le rapport d'agrément et le plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action qui permettent d'apporter les améliorations nécessaires.

Annexe B – Processus prioritaires

Processus prioritaires associés aux normes à l'échelle du système

Processus prioritaire	Description
Soins centrés sur les personnes	Travailler de pair avec les usagers et leur famille pour planifier et offrir des soins respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, en plus de faire en sorte que ces soins soient améliorés continuellement.

Annexe C – Accès linguistique Résultats de l'étude pilote

Le 23 mars 2016

Introduction

L'Hôpital Ste-Anne a participé à une étude pilote volontaire portant sur les nouveaux outils d'auto-évaluation relatifs à l'accès linguistique d'Agrément Canada. Cette étude visait à aider les organismes à évaluer leur capacité à offrir des services de santé aux minorités linguistiques. L'Hôpital Ste-Anne a été évalué à l'aide d'outils d'auto-évaluation de la gouvernance, du leadership et des niveaux de service. Cette évaluation s'est déroulée dans le cadre d'une étude pilote d'une demi-journée à l'aide d'une méthode par traceurs.

Impressions générales

L'Hôpital Ste-Anne a fait preuve d'excellence en matière de prestation de services accessibles sur le plan linguistique. L'Hôpital Ste-Anne bénéficie d'une équipe de direction dévouée qui s'engage à aider son équipe à offrir des services de grande qualité en langue française (SLF). Les membres du personnel ont fait preuve d'un excellent engagement envers le processus et étaient bien préparés à recevoir l'équipe de visiteurs. En réalité, l'un des membres a participé à la visite d'une demi-journée par téléconférence pendant ses vacances. Tous les participants de Ste-Anne se sont montrés accueillants et ouverts à répondre aux questions ou à intégrer leur apport. L'Hôpital Ste-Anne a collaboré avec la région Southern Health-Santé Sud et collabore à l'élaboration et à l'intégration d'un plan complet de SLF.

Processus de visite

Au début de la visite, l'organisme a donné un aperçu de la région Southern Health-Santé Sud, de la population qu'elle sert et de la mise en œuvre de ses SLF. Ces mesures ont été utiles pour dresser un portrait et présenter les SLF offerts dans son établissement. Tous les documents pertinents aux SLF ont été présentés dans un cartable complet, ce qui a facilité l'évaluation des critères. Une discussion de groupe a eu lieu avec l'équipe de direction, le personnel concerné par les SLF et un membre du conseil d'administration. Elle visait à expliquer les SLF offerts dans la région et leur application dans l'établissement hospitalier. Ce forum a servi à évaluer l'outil d'auto-évaluation du leadership.

Après la discussion de groupe, une visite de l'organisme a été offerte afin d'appliquer le traceur et d'évaluer l'outil d'évaluation des niveaux de services. Pour cette partie de la visite, un médecin s'est joint à la conversation et a offert des renseignements supplémentaires sur la prestation de SLF. L'équipe de visiteurs a eu l'occasion de parler à plusieurs membres du personnel, de consulter des dossiers d'usagers et de parler à 2 ou 3 usagers concernant leurs expériences de soins offerts en langue française à l'Hôpital Ste-Anne.

Après la discussion de groupe et l'application du traceur, le groupe a demandé de parler de nouveau à un membre du conseil d'administration et d'évaluer l'outil d'évaluation de la gouvernance. Le visiteur a remis un compte rendu comprenant un résumé des forces et des points à améliorer.

Résultats de la visite – Forces

L'Hôpital Ste-Anne a respecté la plupart des éléments des outils d'évaluation langagiers. Sur 49 critères,

46 ont été cotés comme étant conformes, et 3 ont été évalués comme étant en progression. Sur le plan de la gouvernance, l'Hôpital Ste-Anne dispose d'un plan de SLF bien établi (2013 à 2016), qui a été instauré dans la région (Southern Health-Santé Sud). Le plan SLF est communiqué à grande échelle dans la région, et un directeur a été nommé responsable du plan et de sa mise en œuvre. Le plan SLF a été approuvé par le conseil d'administration et comprend l'apport de la communauté francophone. De plus, Southern Health-Santé Sud a créé de solides partenariats avec Santé en français.

Sur le plan du leadership, le plan SLF et ses politiques et procédures connexes ont été mis en œuvre à grande échelle, et le personnel d'encadrement connaît bien les lois en vigueur. On recueille les données portant sur la population francophone, comme les langues parlées par les usagers et leur langue officielle privilégiée, ainsi que les données portant sur la santé des francophones. En outre, on recueille et transmet régulièrement, sur les tableaux de bord, les données des ressources humaines relatives aux postes bilingues, y compris les déplacements du personnel bilingue à l'échelle de la région. Les ressources associées aux SLF sont réparties adéquatement. Pendant la visite, le personnel d'encadrement de l'organisme a prouvé qu'il mettait en valeur une culture axée sur l'accès linguistique, notamment par sa formation langagière offerte au personnel et par la communication de son plan SLF et des politiques et procédures connexes aux SLF. Pour terminer, nous félicitons l'Hôpital Ste-Anne pour avoir intégré les communications sur les déclarations d'événements et les procédures liées aux plaintes.

Sur le plan des services, les membres du personnel connaissent bien les politiques et procédures connexes aux SLF, le plan de SLF et les services offerts en français pour améliorer les communications avec les usagers. Les membres de l'équipe ont utilisé une approche centrée sur l'usager pour offrir des services dans la langue privilégiée de l'usager et intégrer celui-ci à la création des services.

Résultats de la visite – Points à améliorer

Les trois critères jugés en progression sont les suivants : le critère 25 (le leadership), qui correspond à l'établissement d'indicateurs visant à évaluer les progrès en matière d'accès aux services linguistiques; le critère 9 (niveau de service), qui correspond à la consignation, au dossier de chaque usager de la préférence et des compétences langagières; et le critère 13 (niveau de service), qui porte sur l'accès aux formulaires de consentement rédigés en français et sur d'autres documents essentiels aux usagers et à leur famille. Concernant le critère 25 (niveau de leadership), on a noté que les indicateurs choisis étaient en cours d'intégration. Concernant le critère 9 (niveau de service), bien que la préférence langagière indiquée était la norme, selon la liste d'onglets d'inscription ADT EPR, sous démographie, le visiteur n'a pas vu ces renseignements au dossier de l'usager pendant l'utilisation du traceur. Pour terminer, le critère 13 (niveau de service) indique que ce travail est en cours en raison de la fusion de deux régions.

Les activités d'amélioration de l'Hôpital Ste-Anne concernent surtout les activités associées aux politiques et procédures de SLF au niveau de services. Ces activités consistent entre autres à utiliser des formulations actives du personnel (hello, bonjour) et à indiquer les préférences langagières de tous les usagers à leur dossier. En plus des renseignements portant sur la langue, le visiteur a proposé d'intégrer une méthode permettant de répertorier les dossiers des usagers ne s'exprimant qu'en français (p. ex., appliquer un collant vert sur la page couverture de ces dossiers). Nous reconnaissons que la prestation de SLF est un processus complexe qui nécessite un soutien à plusieurs niveaux (macro, meso et micro)

et que, malgré l'accès aux infrastructures nécessaires pour offrir des SLF, il est difficile d'uniformiser les structures et processus établis de SLF à toutes les unités de soins de santé. Agrément Canada félicite l'Hôpital Ste-Anne pour ses efforts considérables pour offrir des services de santé accessibles sur le plan linguistique. L'organisme Agrément Canada est reconnaissant d'avoir eu l'occasion de faire l'essai de ces nouveaux outils à l'Hôpital Ste-Anne.