

Des nouvelles de la visite du Conseil canadien d'agrément

Ce numéro spécial présente sommairement le processus d'agrément auquel participe l'établissement depuis plus de 50 ans et donne un aperçu des résultats obtenus à l'issue de la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), réalisée en novembre 2006. Y sont également joints les résultats de trois sondages effectués au cours de la dernière année auprès de groupes distincts d'usagers.

Bonne lecture.

Hélène Babineau
Responsable de la gestion de la qualité
et adjointe au directeur général

Contexte

Tous les trois ans au Québec, chaque établissement doit solliciter l'agrément des services de santé et des services sociaux qui y sont dispensés auprès d'organismes d'accréditation reconnus. C'est dans ce contexte que s'inscrivait, du 5 au 9 novembre 2006, la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) au sein de notre établissement. Organisme indépendant sans but lucratif, le CCASS est le principal organisme d'agrément des établissements de santé au Canada. Plus de 1 000 établissements sont agréés par ce conseil.

Qu'est-ce que l'agrément ?

L'agrément est un processus pour évaluer et améliorer la qualité de nos services. L'agrément c'est aussi une reconnaissance que les services offerts au sein de l'établissement répondent à des normes nationales en matière de qualité. Le programme d'agrément du CCASS compte trois étapes.

- D'abord, par le truchement des équipes constituées à cette fin, l'établissement procède à son autoévaluation. Chaque équipe examine ses services par rapport à des **normes d'excellence**. Cette étape s'échelonne sur 12 mois environ.

Treize équipes ont pris part à la dernière visite : *leadership* et partenariat, gestion de l'environnement, gestion des ressources humaines, gestion de l'information, chirurgie cardiaque, chirurgie générale, chirurgie thoracique, gériatrie, médecine interne, médecine cardiaque, pneumologie, soins coronariens et Service de l'urgence.

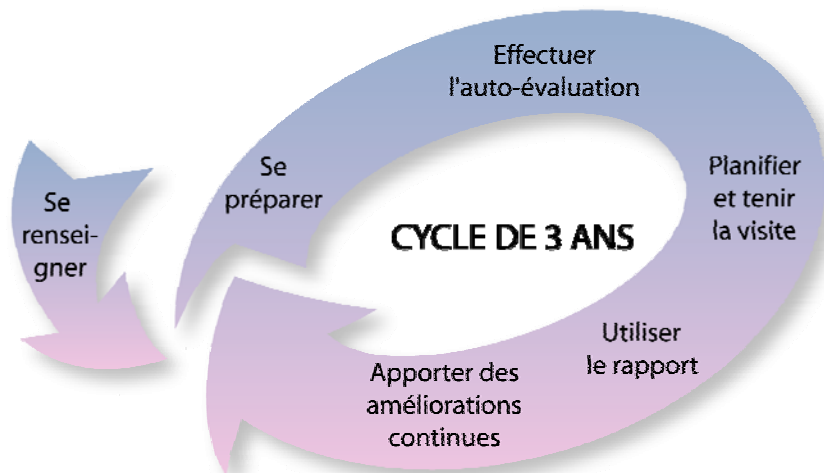
De gauche à droite : M. Louis Gauthier, M^{mes} Hélène Boutin, Rose-Anne Tremblay, Johanne Houde, M. Érik Plourde, M^{mes} Nathalie Gagné, Anne St-Laurent et Françoise Faucher.



L'équipe de pneumologie

- ▶ S'ensuit une visite menée par des professionnels de la santé connus sous le nom de **visiteurs**. Cette visite comprend une consultation de documents, une tournée de l'établissement et des rencontres avec des groupes de discussion auxquels prennent part employés, usagers et divers partenaires. Près de quatre jours ont été consacrés à la visite de novembre.
- ▶ Finalement, l'établissement reçoit un rapport l'informant de la décision relative à l'attribution de l'agrément et les recommandations formulées à son endroit, 45 jours après la visite.

Le processus d'agrément est un cycle continu d'amélioration qui s'échelonne généralement sur une période de trois ans.



Pourquoi être agréé?

Outre l'obligation de se conformer à la *Loi sur les services de santé et services sociaux*, l'obtention de l'agrément est une condition *sine qua non* pour le maintien de notre statut d'institut universitaire. C'est également une exigence du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada à laquelle il faut répondre pour que la formation dispensée à nos médecins et résidents soit reconnue.

Agrément attribué



À la suite de la dernière visite, l'Hôpital Laval s'est vu décerner un **agrément de trois ans** et a été invité à produire deux rapports de suivi comme condition de maintien de cet agrément.

- Le premier rapport porte sur l'adoption d'un programme de formation continue, de rappel et de mise à jour périodique entourant l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion à l'intention de tout le personnel concerné par leur utilisation et a été transmis le 31 mai 2007.
- Le second rapport porte sur l'élaboration d'un programme structuré d'amélioration continue de la qualité et devra parvenir au CCASS au plus tard le 31 décembre 2007.

Quelques points de comparaison

À la suite de la visite réalisée en novembre 2003, un agrément avec suivi sous forme de rapport avait également été attribué à notre établissement. Ce rapport, exigé 12 mois plus tard, spécifiait les mesures prises pour diminuer l'encombrement des corridors d'une part, et pour assurer la consignation du consentement général au dossier de l'utilisateur d'autre part. Au total, 48 recommandations avaient été formulées aux équipes en 2003, comparativement à 22 cette fois-ci. Des 22 recommandations, 21 portent sur les dimensions de la qualité que sont la réponse aux besoins, la compétence du milieu, l'approche centrée sur l'utilisateur et le milieu de travail. Une seule recommandation nous a été formulée en lien avec les pratiques organisationnelles requises en matière de sécurité.

DIMENSION DE LA QUALITÉ	VISITE 2003				VISITE 2006			
	R	🔑	🔑 ^{RR}	T _R	R	🔑	🔑 ^{RR}	T _R
R Réponse aux besoins	4			4	1			1
C Compétence du milieu	30			30	7	1	8	16
A Approche centrée sur le client	10	2		12	1	1		2
T Milieu de travail	1	1		2	2			2
Total des recommandations	45	3		48	11	2	8	21

Légende : **R** Recommandations constituant des possibilités d'amélioration
🔑 Recommandations clés qui doivent être réglées en priorité
🔑^{RR} Recommandations clés répétées ayant été formulées dans le rapport d'agrément précédent
T_R Recommandations totales

À propos des recommandations

Les recommandations formulées constituent des pistes d'amélioration identifiées par les visiteurs à partir des autoévaluations transmises et des échanges avec les équipes en place. Un suivi attentif avait été accordé à la majorité des recommandations formulées en 2003. Les visiteurs de 2006 ont été à même de mesurer les progrès accomplis : consignation des consentements, augmentation des dons d'organes, évaluation de la satisfaction des clientèles, élaboration d'un plan directeur immobilier, amélioration des infrastructures, désencombrement des corridors sont quelques-uns des résultats observés.

Nos succès

Plusieurs aspects positifs, témoignant de l'évolution de notre organisation, ont été soulignés dans le rapport de visite de 2006. Citons notamment la collaboration fructueuse établie avec nos partenaires du territoire et de l'Est-du-Québec, la préoccupation constante démontrée à l'endroit de la clientèle et reconnue par tous, intervenants, employés et partenaires, la modernisation de nos infrastructures, le développement du programme de prévention et de contrôle des infections, l'adoption d'une procédure de déclaration/divulgence des accidents et la création de l'équipe de consultation gériatrique.

Des défis à relever

La détermination des orientations stratégiques, l'adaptation aux nombreux changements organisationnels, le virage vers une approche interdisciplinaire, la mise en place d'un programme intégré de gestion de la douleur de même que l'adoption d'un programme d'amélioration continue de la qualité sont au nombre des défis à relever.

À propos de la sécurité

Le CCASS a rehaussé ses exigences en matière de sécurité des usagers et mis de l'avant 21 pratiques organisationnelles spécifiques à ce propos. Vingt des pratiques ont été considérées comme étant « pleinement mises en place » au sein de notre organisation, une seule demeurant « en développement ». Cette dernière nous a valu la recommandation d'adopter un programme de formation continue sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion.

PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES - SÉCURITÉ			
	D	M	TOTAL
Culture		5	5
Communication		5	5
Médicaments	1	2	3
Milieu de travail		4	4
Prévention des infections		4	4
Total des recommandations	1	20	21

Légende : **D** En développement

M Mise en œuvre complète

De plus, des 199 critères liés à la sécurité des usagers, notre organisation a obtenu une cote de « bonne à excellente » pour 186 des critères, donc pour **93 %**, ce qui en soi est excellent et traduit bien notre préoccupation en matière de sécurité.

Et maintenant

- ▶ Chacune des équipes d'amélioration continue est à revoir son plan d'action 2007-2008 en tenant compte des constatations et des recommandations émises par le CCASS.
- ▶ La priorité devant être accordée aux recommandations clés répétées, l'élaboration et l'adoption d'un programme d'amélioration continue à l'échelle de l'établissement doivent être concrétisées d'ici décembre 2007.
- ▶ Un plan d'action intégrant l'ensemble des améliorations ciblées par les équipes sera déposé à l'équipe *leadership* et partenariat, laquelle en assurera le suivi tout en apportant l'appui nécessaire aux équipes en place pour faciliter, le cas échéant, l'actualisation des mesures proposées pour améliorer la qualité des services dispensés.

Prochaine visite

- ▶ Le CCASS doit revenir en novembre 2009. D'ici là, nous poursuivons de concert avec toutes les équipes impliquées, les efforts déployés pour améliorer les soins et les services.
- ▶ Entretemps toutefois, une visite spéciale sera effectuée aux laboratoires en décembre 2007. En effet, à l'issue du processus de mise aux normes ISO, trois visiteurs viendront apprécier la conformité de nos laboratoires aux normes émises à l'échelle canadienne.

Satisfaction de la clientèle, qu'en est-il vraiment ?

L'évaluation de la satisfaction de la clientèle est une composante importante de la démarche d'amélioration continue de la qualité conduite par l'Hôpital Laval. **Les soins et services dispensés répondent-ils aux attentes de ceux à qui ils sont destinés ?**

Comprendre le point de vue des usagers, connaître leur perception de la qualité des soins prodigués, cerner les éléments à travailler, tels sont les principaux objectifs recherchés dans le cadre des sondages réalisés. Au cours de l'exercice 2006-2007, trois sondages ont été complétés : un premier auprès de la clientèle s'étant présenté au Service de l'urgence d'avril à juin 2006; un deuxième à l'échelle de l'établissement spécifique à la clientèle hospitalisée d'avril à novembre 2006; un troisième mené auprès de la clientèle de médecine ayant fréquenté nos cliniques ambulatoires entre juin et décembre 2006.

Méthodologie

Les trois sondages ont été conçus à partir d'Androfact™, application informatique incorporant 1 800 questions validées. Chaque question a été évaluée en fonction de sa pertinence, de sa clarté et de sa rigueur par une équipe d'experts formée de professionnels de la santé, d'administrateurs et d'usagers. Les questions recoupant toutes les étapes d'un épisode de soins, chacune des équipes a choisi celles qui reflétaient le mieux les dimensions qu'elle souhaitait évaluer. La cueillette des données, le calcul des mesures et la compilation statistique des opinions des usagers sont complètement informatisés, une fois les questionnaires créés. Les données sont traitées confidentiellement, aucun nom d'utilisateur ne pouvant être retracé à partir des réponses enregistrées.

Échelle de pondération : l'échelle de pondération utilisée offrait cinq choix de réponses. Le libellé des choix pouvait varier du « très » à « ne s'applique pas ». La pondération attribuée à chacun des choix de réponses a été préalablement établie pour chaque choix et se traduisait telle qu'illustrée sur le tableau suivant.

ÉCHELLE DE DISTRIBUTION / QUESTION ET CHOIX DE RÉPONSES POSSIBLES					
Pondération	100	66,67	33,33	0	-1
Choix de réponses	Très	Assez	Peu	Pas du tout	Ne s'applique pas
	Tout à fait	Plutôt acceptable	Plutôt inacceptable	Très inacceptable	Ne s'applique pas à mon cas
	Très acceptable	Assez claire	Pas très claire	Pas claire du tout	Ne sais pas
	Très claire	+ ou - claire	Pas claire	Pas d'explication reçue bien que voulue	Ne s'applique pas à mon cas
	Totalement en accord	En accord	En désaccord	Totalement en désaccord	Ne sais pas
	Très attentif	Assez attentif	Peu attentif	Pas attentif du tout	Ne s'applique pas à mon cas
	Très bons	Assez bons	Pas très bons	Pas bons du tout	Ne sais pas

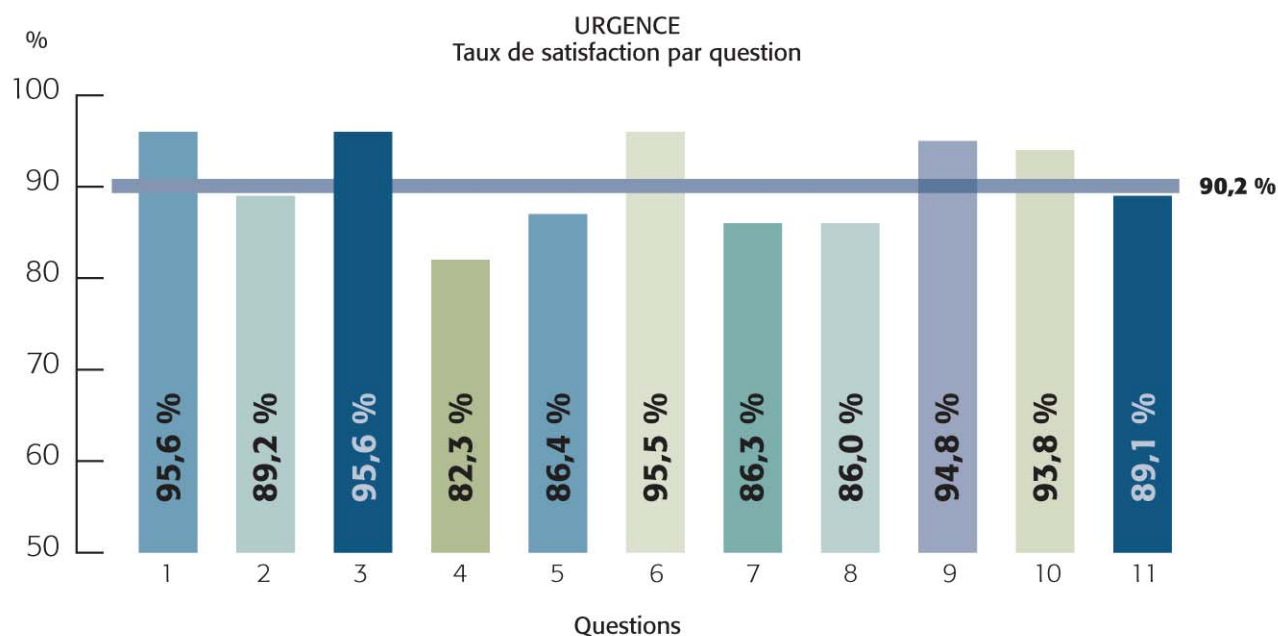
Profil des répondants

Près de 50 % des répondants aux sondages avaient plus de 65 ans, ce qui est à l'image même de la clientèle recensée au sein de l'établissement. Remis de main à main, les sondages réalisés au Service de l'urgence et en ambulatoire ont enregistré un taux de réponse supérieur à celui obtenu auprès de la clientèle hospitalisée, expédié par courrier.

CLIENTÈLE	NOMBRE DE RÉPONDANTS	TAUX DE RÉPONSE
Hospitalisée	605	27 %
Urgence	166	49 %
Médecine ambulatoire	121	46 %

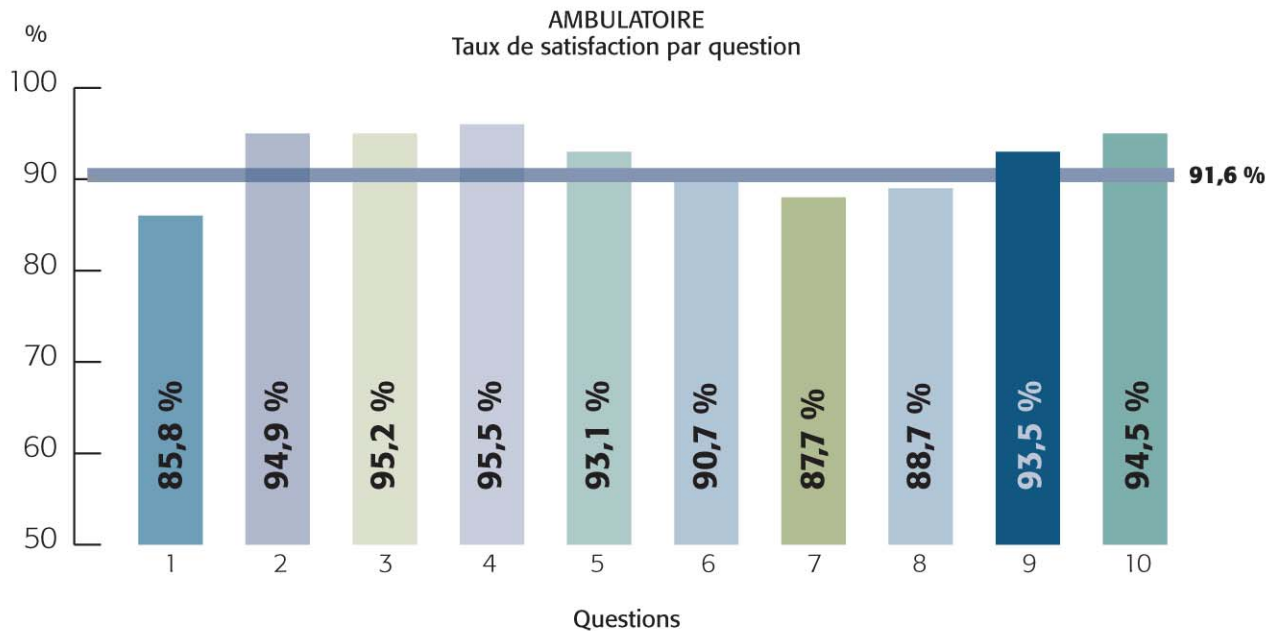
CLIENTÈLE DE L'URGENCE

No		Taux de satisfaction %
Personnalisation des soins		
1	L'intervenant a été poli et courtois	95,6
2	L'intervenant s'est présenté en précisant son nom et son rôle	89,2
3	L'intervenant m'a traité comme une personne et non comme un numéro	95,6
Accessibilité		
4	Le délai pour rencontrer le professionnel à qui j'ai été référé est acceptable	82,3
Prestation professionnelle		
5	Le médecin m'a expliqué mon problème de santé de façon claire	86,4
6	Lors de mon arrivée à l'hôpital, on m'a expliqué les raisons pour lesquelles on devait me garder à l'urgence, de façon claire	95,5
7	Au cours de mon séjour à l'urgence, j'ai eu l'impression qu'on suivait mon état de santé de façon continue	86,3
8	L'intervenant (médecin, infirmière, travailleur social ou autre professionnel) a pris le temps de bien vous expliquer ce qui se passe à chaque étape	86,0
Respect		
9	On vous a traité avec respect	94,8
10	On a traité votre dossier de manière confidentielle	93,8
11	On a pris le temps nécessaire pour s'occuper de vous	89,1



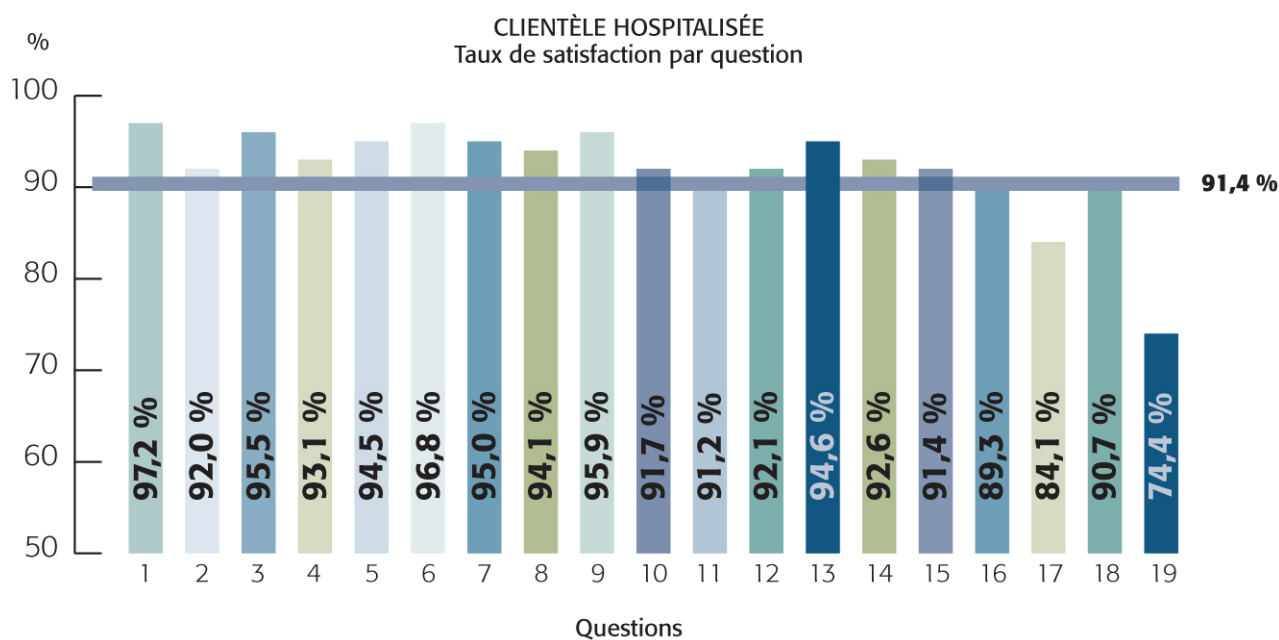
CLIENTÈLE DE MÉDECINE AMBULATOIRE

No		Taux de satisfaction %
Accessibilité		
1	Si vous avez pris rendez-vous, votre rendez-vous a été traité avec ponctualité	85,8
Prestation professionnelle		
2	Je me suis senti considéré comme une personne capable de comprendre son problème de santé	94,9
3	Je trouve personnellement que le temps passé en consultation avec l'intervenant a été acceptable	95,2
4	L'information que j'ai reçue contenant les résultats de mes tests et examens diagnostiques a été claire	95,5
5	Les différents professionnels qui se sont occupés de moi, m'ont donné des informations qui allaient dans le même sens	93,1
6	L'information écrite qu'on m'a remise sur mes traitements était claire	90,7
Continuité		
7	Il y a une continuité et une bonne communication entre l'établissement de santé et les différents organismes de santé et de services sociaux	87,7
8	À la suite de ma visite, je sais qui contacter en cas d'urgence	88,7
Respect		
9	Les informations sur ma santé m'ont été transmises discrètement, sans que d'autres personnes puissent entendre	93,5
10	On vous a traité avec respect	94,5



CLIENTÈLE HOSPITALISÉE

No		Taux de satisfaction %
Signalisation		
1	Sur le site extérieur de l'hôpital, les indications pour accéder à l'entrée principale ou à l'entrée de l'urgence étaient claires	97,2
2	À l'entrée de l'hôpital, les panneaux et les flèches d'orientation nous ont guidés	92,0
Accueil		
3	À mon arrivée à l'hôpital, la personne au poste d'information m'a accueilli de façon polie et courtoise	95,5
4	Je trouve que le temps passé au service d'accueil pour remplir les formalités d'admission a été acceptable	93,1
5	Les explications reçues concernant les frais que j'aurais à déboursier (frais d'hospitalisation, modalités de paiement s'il y a lieu) ont été claires	94,5
6	Les explications qu'on m'a données concernant les formulaires de consentement aux soins ont été claires	96,8
Prestation professionnelle		
7	Lors de mon arrivée à l'étage, la façon dont le personnel infirmier s'est présenté à moi (nom, titre, rôle) a été adéquate	95,0
8	Lors de mon arrivée à l'étage, le personnel infirmier a été attentif à mes préoccupations	94,1
9	Les informations données par le médecin sur le déroulement des tests ou des examens prescrits ont été claires	95,9
10	Le temps qu'a pris le médecin pour répondre à mes préoccupations a été acceptable	91,7
Respect		
11	À l'étage, j'ai senti que les informations à mon sujet et à celui des autres patients étaient traitées de façon confidentielle	91,2
12	On a respecté mon intimité physique	92,1
13	On m'a traité avec respect	94,6
14	L'ensemble des personnes rencontrées a eu de la considération pour les membres de ma famille ou de mon entourage qui m'ont assisté	92,6
Continuité		
15	Le personnel s'est assuré que je pourrais avoir l'aide et le soutien nécessaire à mon retour à la maison (famille, services sociaux, etc.)	91,4
Environnement		
16	La propreté de ma chambre était acceptable	89,3
17	À l'étage, le niveau de bruit produit par le personnel (chariots, conversations, tons de voix, etc.) était acceptable	84,1
18	Le nombre de visiteurs par chambre était acceptable	90,7
19	Généralement, les repas étaient bons	74,4



Interprétation des taux de satisfaction

L'échelle d'interprétation des taux de satisfaction utilisée dans la majorité des sondages est la suivante : **90 % à 100 %** sont considérés **excellents**; **80 % à 89 %** sont **acceptables**; **65 % à 79 %** sont **passables**; **moins de 65 %** sont **insuffisants** et **moins de 50 %** sont **inacceptables**.

Globalement, les usagers semblent très satisfaits des services reçus, et ce, qu'ils aient consulté à l'Urgence, qu'ils aient été hospitalisés ou qu'ils soient venus en médecine ambulatoire.

Le taux de satisfaction exprimé par chacune des clientèles sondées est de **90,2 %** à l'urgence, **91,4 %** par la clientèle hospitalisée et de **91,6 %** en médecine ambulatoire. Ces taux correspondent à la moyenne obtenue à partir des moyennes calculées pour toutes les réponses également pondérées, illustrée par la ligne horizontale.

Nos forces

- Le respect démontré à l'endroit de la clientèle par l'ensemble des intervenants;
- l'accueil réservé, l'empathie et la personnalisation des soins;
- la prestation professionnelle, la clarté des informations apportées sont quelques-unes des forces recensées.

Des pistes d'amélioration

- Les délais d'accès, la ponctualité aux rendez-vous;
- le bruit ambiant;
- les repas;
- la continuité avec les partenaires de la communauté figurent parmi les éléments à améliorer.

De nombreux commentaires

La grande majorité des commentaires formulés par les diverses clientèles étaient extrêmement positifs à l'endroit du personnel et des soins reçus. Du simple merci aux félicitations les plus vives face à l'excellence perçue de la qualité des soins et du suivi, plusieurs ont souligné le professionnalisme, la gentillesse, l'humour et la chaleur démontrés par le personnel dans des contextes parfois difficiles.

Témoins privilégiés des débordements au Service de l'urgence, de la charge de travail observée partout dans l'établissement, du va-et-vient incessant, la clientèle est très reconnaissante face au personnel.

Et maintenant

Chaque équipe définira son projet d'amélioration à partir des résultats des sondages certes et des commentaires formulés par les visiteurs du CCASS à l'issue de leur visite. Notre défi est de les intégrer tous dans un **programme d'amélioration continue** à l'échelle de l'organisation. Pas à pas, chacune des actions posées contribuera à l'amélioration globale des soins et services rendus.

En terminant

Nous ne saurions terminer ce bulletin spécial « QUALITÉ » sans reconnaître que la satisfaction exprimée est conséquente à l'engagement et au dévouement de toutes les personnes travaillant au sein de l'établissement. À chacun et chacune, la direction adresse des remerciements :

Merci à tous ceux et celles qui, de près ou de loin, ont collaboré à la visite du Conseil canadien d'agrément.

Merci à tous les intervenants qui, quotidiennement, prennent soin des usagers, écoutent, entendent et demeurent attentifs à leurs besoins.

Bravo et félicitations !

Vous trouverez sur le site Web de l'hôpital, le rapport détaillé de la visite du CCASS. Tous les chefs d'unité ou de service ont reçu le rapport en janvier dernier. N'hésitez pas à le consulter. Vous y trouverez également les résultats détaillés des sondages réalisés.

(www.hopitalaval.qc.ca/contribue_documents/RapportCCASS2006.pdf)



Publication dans le *L'Aval en bref* ...

Vous souhaitez faire paraître une nouvelle dans ce bulletin électronique ? Communiquez avec nous en téléphonant au 656-4932, local Y 8147 ou adressez votre article par *Lotus Notes* à Brigitte Tanguay ou par courriel à l'adresse générique hopitalaval@ssss.gouv.qc.ca. Puisqu'il s'agit d'une version « en bref », nous vous demandons de rédiger vos articles de sorte qu'ils contiennent un maximum de **150 mots** par article.

Rédacteur en chef :

Joël Clément

Révision des textes :

Brigitte Tanguay

Production :

Hôpital Laval, institut universitaire de cardiologie et de pneumologie
Direction générale
Communications et relations publiques

www.HopitalLaval.qc.ca
www.HopitalLaval.qc.ca
www.HopitalLaval.qc.ca

Note au lecteur : Le genre masculin a été utilisé afin d'alléger le texte

Veillez prendre note que le Service de l'audiovisuel contribue à la majorité des photographies contenues dans cette édition et est disponible pour couvrir les événements spéciaux. Pour toute question, veuillez communiquer au poste téléphonique 4547.