

# Spécial « Agrément »

## Qu'est-ce que l'agrément? Pourquoi l'agrément?

L'agrément est un processus par lequel un établissement de santé est en mesure d'évaluer la qualité de ses soins et services en s'appuyant sur des normes nationales qui renvoient aux meilleures pratiques en matière de qualité des soins et services. Ces normes sont définies par des organismes d'accréditation indépendants soit Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Ce processus est comparable à ISO dans le secteur privé, mais s'applique uniquement aux services de santé.

L'obtention de l'agrément est en fait une obligation légale. En effet, l'Assemblée nationale a sanctionné, le 19 décembre 2002, une modification de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS) concernant la prestation sécuritaire des services de santé et services sociaux. L'article 17 de cette Loi stipule que tout établissement doit solliciter, **tous les trois ans**, l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense, et ce, auprès d'organismes d'accréditation reconnus.

## Comment fonctionne l'agrément?

- 1 Déterminer les normes à utiliser et former les « équipes qualité »

Novembre 2010

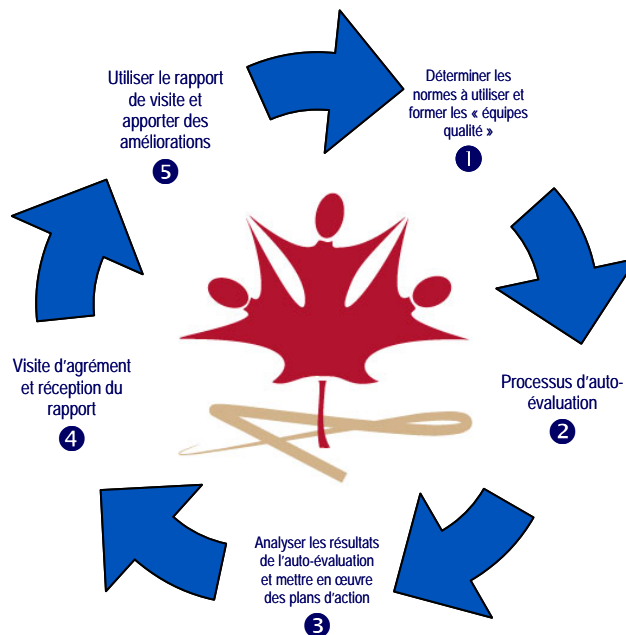
Cette étape consiste à déterminer les soins et services qui doivent être évalués à l'aide d'une norme d'Agrément Canada. Pour chacune des normes, une « équipe qualité » a été identifiée dont le mandat sera d'assurer leur conformité. Une équipe peut cependant traiter de plusieurs normes dont le sujet est connexe.



- 2 Processus d'auto-évaluation

Du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 31 janvier 2011

## L'agrément en 5 étapes



OBJECTIFS	OUTILS DE MESURE UTILISÉS
1) Déterminer dans quelle mesure les normes sont atteintes dans l'organisation	Questionnaires en ligne administrés à certaines personnes en fonction de leurs champs d'expertise afin de valider la conformité aux normes d'Agrément Canada.
2) Évaluer le degré de mobilisation des employés	Sondage papier envoyé aux employés du CSSS afin qu'ils puissent exprimer leurs perceptions sur la qualité de vie au travail.
3) Évaluer la satisfaction des usagers utilisant ou ayant utilisé les services du CSSS	Pour les usagers de l'Hôpital et du CLSC Jean-Olivier-Chénier : sondage téléphonique réalisé par une firme indépendante mandatée par le Conseil québécois d'Agrément. Pour les résidents des centres d'hébergement : visite d'évaluation effectuée par le Conseil québécois d'agrément. Les résidents sont rencontrés par les visiteurs d'Agrément Canada qui évalueront leur satisfaction à l'égard des services reçus de même que la qualité de leur milieu de vie. Au moment de cette visite, les employés des centres d'hébergement seront également rencontrés.
4) Mesurer à quel point la culture de sécurité des usagers est partagée par les employés du CSSS	Sondage en ligne visant à déterminer dans quelle mesure il y a présence d'une culture de sécurité au sein de notre CSSS.

**Avez-vous rempli le sondage?**  
Si non, cliquez sur le lien suivant sur votre poste de travail.



### 3 Analyser les résultats de l'auto-évaluation et mettre en œuvre des plans d'action

Du 1<sup>er</sup> février au 31 août 2011

C'est durant cette étape que se réunissent les « équipes qualité » pour mettre en place des plans d'amélioration en fonction des résultats obtenus dans les différents questionnaires et sondages. L'objectif de cette étape est de corriger le maximum d'aspects sensibles possibles avant la venue des visiteurs d'Agrément Canada.

### 4 Visite d'agrément et réception du rapport

Du 3 au 7 octobre 2011

Au moment de la visite, les soins et les services seront évalués à même les différentes unités en observant les activités, en faisant l'étude de dossiers et en posant des questions à n'importe quel membre du personnel, usager ou visiteur.

Contrairement à la dernière visite, un seul rapport d'agrément sera émis et celui-ci le sera dès le départ de « l'équipe visiteuse ». Il précisera si les normes évaluées sont jugées conformes ou non par celle-ci. C'est le nombre de critères non conformes qui déterminera la décision d'agrément qui sera rendue.

### 5 Utiliser le rapport de visite et apporter des améliorations

Au lendemain de la visite, les « équipes qualité » se réuniront à nouveau et établiront des plans d'action afin d'apporter les améliorations nécessaires pour assurer la mise à la norme de chacun des critères jugés non conformes par les visiteurs d'Agrément Canada. Si nous avons un suivi sous forme de rapport, il faudra que les plans d'action tiennent compte des délais imposés par Agrément Canada pour effectuer les améliorations demandées.

## Les trois types d'agrément possibles :

1. Agrément;
2. Agrément conditionnel avec suivi sous forme :
  - de rapport;
  - de visite supplémentaire;
  - de rapport et de visite supplémentaire;
3. Refus d'agrément.

### Les « équipes qualité »

<b>GOVERNANCE</b> Norme : Gouvernance durable Chef d'équipe : M. Antonio Lavigne	<b>DIRECTION</b> Norme : Efficacité organisationnelle Chef d'équipe : Bernard Guindon	<b>CLINIQUES EXTERNES</b> Norme : Soins ambulatoires Chef d'équipe : Isabelle Pitre
<b>GESTION DES MÉDICAMENTS</b> Norme : Gestion des médicaments Chef d'équipe : Liane Rouillier	<b>SOINS ET SERVICES À DOMICILE</b> Norme : Soins et services à domicile Chef d'équipe : Francine Lajeunesse	<b>SOINS DE LONGUE DURÉE</b> Norme : Services de soins de longue durée Chef d'équipe : José Marchand
<b>SOINS INTENSIFS</b> Norme : Services de soins intensifs Chef d'équipe : Nancy Chabot	<b>URGENCE</b> Norme : Services des urgences Chef d'équipe : France Granger	<b>PROJET CLINIQUE – SANTÉ MENTALE</b> Norme : Personnes ayant une maladie mentale Chef d'équipe : Nancy Larivée
<b>MÈRE-ENFANT</b> Norme : Populations mère-enfant Chef d'équipe : Nadyne Bolduc	<b>IMAGERIE DIAGNOSTIQUE</b> Norme : Imagerie diagnostique Chef d'équipe : Claudine Simard	<b>OBSTÉTRIQUE ET PÉRINATALITÉ</b> Norme : Services d'obstétrique et de périnatalité Chef d'équipe : Luce Pelletier
<b>PROJET CLINIQUE – À DÉTERMINER</b> Norme : Populations vivant avec une maladie chronique Chef d'équipe : À déterminer	<b>CHIRURGIE</b> Norme : Service de chirurgie Chef d'équipe : Julie Goulard	<b>MÉDECINE</b> Norme : Services de médecine Chef d'équipe : France Sévigny
<b>PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS</b> Normes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention des infections</li> <li>• Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables</li> </ul> Chef d'équipe : Marie-Josée Lazure	<b>SANTÉ COMMUNAUTAIRE (CLSC)</b> Normes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de santé communautaire</li> <li>• Services de santé publique</li> </ul> Chef d'équipe : Martin Gagnon	<b>SALLE D'OPÉRATION</b> Norme : Salles d'opération Chef d'équipe : Sylvain Pomerleau
<b>LABORATOIRES</b> Normes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exigences particulières concernant les laboratoires biomédicaux</li> <li>• Laboratoires et banque de sang</li> <li>• Banque de sang et services transfusionnels</li> <li>• Normes sur les analyses de biologie délocalisées</li> </ul> Chef d'équipe : Hélène Boudreau		

Pour toute demande d'information :  
 Jean-Sébastien Thouin  
 Conseiller à la qualité  
 450 473-6811, poste 4106