

PROGRAMME CONJOINT

Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément



Sommaire

Centre de santé et de services sociaux du Haut-Richelieu-Rouville

Saint-Jean-sur-Richelieu, QC

Dates de la visite : 20 au 25 novembre 2011

Date de production du rapport : 7 décembre 2011

CQA CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÉMENT
ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS
POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ
SUPPORTING INTEGRATED QUALITY MANAGEMENT



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

*Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé*

Agréé par ISQua

Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Richelieu-Rouville (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) au programme d'agrément conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, une visite a eu lieu en novembre 2011. Ce rapport repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément se fient à l'exactitude de ces renseignements pour planifier et tenir la visite, ainsi que pour produire le rapport d'agrément.

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

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel; il est fourni par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément uniquement à l'organisme. Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément ne présentent ce rapport à aucune autre partie.

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

Un mot de la présidente-directrice générale d'Agrément Canada et de la présidente du Conseil québécois d'agrément

Au nom d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, nous tenons à féliciter le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Richelieu-Rouville de sa participation au programme conjoint d'agrément. Celui-ci est conçu de manière à s'intégrer à votre processus d'amélioration continu de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de sa pleine valeur.

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

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

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

Cordiales salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale



Ghislaine Brosseau
Présidente

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément décerné	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les sections de normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	11

Section 1 Sommaire

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont des organismes privés, indépendants à but non lucratif. Ils établissent des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé et services sociaux. Les CSSS agréés par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation, une équipe de visiteurs, formés à cet effet et qui proviennent d'organismes agréés, mènent une visite dans le CSSS afin d'évaluer le rendement par rapport aux normes d'excellence et des éléments fondamentaux qui faisait partie de la démarche et de son caractère d'amélioration continue de la qualité.

Étant donné l'accent que le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Richelieu-Rouville (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) met sur la qualité et la sécurité, il participe au programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. Les renseignements contenus dans ce rapport d'agrément ont été compilés après la visite de l'organisme. Le rapport est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément tiennent à féliciter le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Richelieu-Rouville pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses clients et à sa communauté.

1.1 Décision relative au type d'agrément décerné

Centre de santé et de services sociaux du Haut-Richelieu-Rouville a obtenu le type d'agrément qui suit.

TYPE D'AGRÉMENT DÉCERNÉ

Agrément avec condition

Section 1 Sommaire

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite : 20 au 25 novembre 2011**

- **Lieux**

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

- 1 Centre d'hébergement Gertrude-Lafrance
- 2 Centre d'hébergement Sainte-Croix
- 3 Clinique Jeunesse
- 4 CLSC de la Vallée-des-Forts
- 5 CLSC du Richelieu
- 6 Hôpital du Haut-Richelieu
- 7 Maison de soins palliatifs
- 8 Services de consultation externe

- **Normes**

Les sections de normes suivantes ont été utilisées pour évaluer les programmes et services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

- 1 Gouvernance durable
- 2 Efficacité organisationnelle

Normes portant sur des populations spécifiques

- 3 Populations d'enfants et de jeunes

Normes sur l'excellence des services

- 4 Normes de gestion des médicaments
- 5 Services de traitement du cancer et d'oncologie
- 6 Normes relatives aux salles d'opération
- 7 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables
- 8 Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement
- 9 Services de chirurgie
- 10 Services de soins intensifs
- 11 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 12 Prévention des infections
- 13 Soins et services à domicile
- 14 Soins ambulatoires

Section 1 Sommaire









- 15 Services de laboratoires biomédicaux
- 16 Services de santé communautaire
- 17 Normes d'imagerie diagnostique
- 18 Services palliatifs et services de fin de vie
- 19 Laboratoires et banques de sang
- 20 Services de soins de longue durée
- 21 Services de médecine
- 22 Services d'obstétrique et périnatalité
- 23 Services de réadaptation
- 24 Services de santé mentale
- 25 Banques de sang et services transfusionnels
- 26 Services des urgences

Section 1 Sommaire

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services.

Chaque critère des normes est lié à une dimension de la qualité. Ce tableau énumère les dimensions de la qualité et illustre combien des critères qui se rapportent à chacune d'entre elles ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet pendant la visite d'agrément.

Dimension de la qualité	Conformité	Non-conformité	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	111	2	0	113
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	152	6	1	159
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	620	42	33	695
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	189	6	1	196
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	277	4	5	286
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	91	0	2	93
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	1004	50	28	1082
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	92	4	0	96
Total	2536	114	70	2720

Section 1 Sommaire

1.4 Analyse selon les sections de normes

Les normes d'excellence du programme Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui contribuent à atteindre le but visé par la norme.

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

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

Sections de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes relatives à l'ensemble de l'organisme									
Gouvernance durable	23(100%)	0(0%)	0	68(100%)	0(0%)	0	91(100%)	0(0%)	0
Efficacité organisationnelle	48(84%)	9(16%)	0	48(98%)	1(2%)	0	96(91%)	10(9%)	0
Normes portant sur des populations spécifiques									
Populations d'enfants et de jeunes	3(100%)	0(0%)	1	29(100%)	0(0%)	0	32(100%)	0(0%)	1
Normes sur l'excellence des services									
Prévention des infections	53(96%)	2(4%)	2	43(100%)	0(0%)	3	96(98%)	2(2%)	5
Banques de sang et services transfusionnels	29(97%)	1(3%)	10	12(100%)	0(0%)	2	41(98%)	1(2%)	12
Laboratoires et banques de sang	73(92%)	6(8%)	2	89(94%)	6(6%)	0	162(93%)	12(7%)	2

Section 1 Sommaire

Sections de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur l'excellence des services									
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	26(74%)	9(26%)	4	24(53%)	21(47%)	3	50(63%)	30(38%)	7
Normes d'imagerie diagnostique	50(96%)	2(4%)	0	51(96%)	2(4%)	0	101(96%)	4(4%)	0
Normes de gestion des médicaments	83(100%)	0(0%)	0	50(100%)	0(0%)	2	133(100%)	0(0%)	2
Normes relatives aux salles d'opération	69(96%)	3(4%)	0	28(93%)	2(7%)	0	97(95%)	5(5%)	0
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	36(95%)	2(5%)	2	57(100%)	0(0%)	2	93(98%)	2(2%)	4
Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement	32(94%)	2(6%)	1	72(95%)	4(5%)	0	104(95%)	6(5%)	1
Services d'obstétrique et périnatalité	47(98%)	1(2%)	3	69(100%)	0(0%)	1	116(99%)	1(1%)	4
Services de chirurgie	37(100%)	0(0%)	1	60(92%)	5(8%)	1	97(95%)	5(5%)	2
Services de laboratoires biomédicaux	14(88%)	2(13%)	0	35(97%)	1(3%)	0	49(94%)	3(6%)	0

Section 1 Sommaire

Sections de normes	Critères à priorité élevée			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.	Conformité	Non-conformité	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur l'excellence des services									
Services de médecine	33(97%)	1(3%)	1	69(100%)	0(0%)	1	102(99%)	1(1%)	2
Services de réadaptation	30(94%)	2(6%)	2	67(99%)	1(1%)	1	97(97%)	3(3%)	3
Services de santé communautaire	11(85%)	2(15%)	0	51(93%)	4(7%)	0	62(91%)	6(9%)	0
Services de santé mentale	37(100%)	0(0%)	2	68(96%)	3(4%)	1	105(97%)	3(3%)	3
Services de soins de longue durée	38(100%)	0(0%)	1	80(99%)	1(1%)	1	118(99%)	1(1%)	2
Services de soins intensifs	36(100%)	0(0%)	1	93(100%)	0(0%)	1	129(100%)	0(0%)	2
Services de traitement du cancer et d'oncologie	33(92%)	3(8%)	1	71(97%)	2(3%)	2	104(95%)	5(5%)	3
Services des urgences	32(94%)	2(6%)	1	82(96%)	3(4%)	1	114(96%)	5(4%)	2
Services palliatifs et services de fin de vie	32(91%)	3(9%)	1	103(99%)	1(1%)	7	135(97%)	4(3%)	8
Soins ambulatoires	42(98%)	1(2%)	2	74(99%)	1(1%)	1	116(98%)	2(2%)	3
Soins et services à domicile	44(94%)	3(6%)	0	52(100%)	0(0%)	2	96(97%)	3(3%)	2
Total	991(95%)	56(5%)	38	1545(96%)	58(4%)	32	2536(96%)	114(4%)	70

Section 1 Sommaire

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Dans le programme Qmentum, une pratique organisationnelle requise (POR) se définit comme étant une pratique essentielle qui doit être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des clients et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité, et il faut répondre aux exigences de tous les tests pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des POR et de la cote attribuée à chacune pendant la visite.

Pratique organisationnelle requise	Cote
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité	
Analyse prospective liée à la sécurité des patients	Conformité
Déclaration des événements indésirables	Conformité
Mécanisme de déclaration des événements indésirables	Conformité
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients	Conformité
Sécurité des patients sous forme de priorité stratégique	Conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication	
Abréviations dangereuses	Conformité
Bilan comparatif des médicaments à l'admission	Conformité
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé	Conformité
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle	Conformité
Deux identificateurs de client	Non-conformité
Liste de contrôle d'une chirurgie	Non-conformité
Processus de vérification des activités liées aux soins et services à risques élevés	Conformité
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité	Conformité
Transfert de l'information	Conformité

Section 1 Sommaire

Pratique organisationnelle requise	Cote
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
Concentrations de médicaments	Conformité
Électrolytes concentrés	Conformité
Formation sur les pompes à perfusion	Non-conformité
Sécurité liée à l'héparine	Conformité
Sécurité liée aux narcotiques	Conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Plan de sécurité des patients	Conformité
Prévention de la violence en milieu de travail	Conformité
Programme d'entretien préventif	Conformité
Sécurité des patients : formation et perfectionnement	Conformité
Sécurité des patients : rôles et responsabilités	Non-conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
Directives sur la prévention des infections	Conformité
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	Conformité
Processus de stérilisation	Conformité
Taux d'infection	Conformité
Vaccin antigrippal	Conformité
Vaccin antipneumococcique	Conformité
Vérification de l'hygiène des mains	Conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes	
Stratégie de prévention des chutes	Non-conformité

Section 1 Sommaire

Pratique organisationnelle requise	Cote
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	Conformité
Prévention des plaies de pression	Conformité
Prévention du suicide	Conformité
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)	Conformité

Section 1 Sommaire

1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

L'établissement a fait un travail sérieux et important depuis la dernière visite d'agrément. L'équipe de direction a été renouvelée. Depuis, elle a amorcé la réalisation d'un exercice de planification stratégique, a défini un nouvel énoncé de mission, de vision, de valeurs et a élaboré des orientations stratégiques soutenues par un plan d'action.

Le plan de mobilisation des équipes et les stratégies déployées pour rendre accessibles les principes de l'agrément à toutes les catégories d'employés sont éloquentes.

Le programme de cogestion médicale vient confirmer le renouveau administratif soit, la cohérence du discours de la direction en regard d'une gestion responsable et transparente axée sur les meilleures pratiques et le développement professionnel.

Lors des entrevues, les professionnels ont exprimé les impacts positifs en ce qui a trait à la sécurité pour la clientèle et pour les équipes tout en étant un facteur de mobilisation. Ces derniers nous ont également souligné leur satisfaction des progrès accomplis par l'établissement au chapitre de la mobilisation et de la transparence de la direction.

Le plan stratégique 2010-2014 a fait l'objet d'une vaste consultation auprès des employés et des représentants de la communauté et précise bien les priorités et les enjeux de l'établissement et le plan d'action pour l'actualiser. L'intégration des priorités cliniques identifiées dans le cadre du Projet clinique 2008-2013 mobilise la communauté du réseau local des services sur des projets circonscrits et mesurables.

L'élaboration des plans opérationnels des directions et services s'est établie selon un processus rigoureux et intègre les priorités identifiées à chacune des années du plan stratégique. Toutes les directions-soutien établissent leur programmation en lien avec l'appui attendu des équipes cliniques.

Le projet clinique médical établi par la direction des affaires médicales et des services professionnels trace une vision concertée de la contribution des médecins aux projets de l'établissement. Ce document répond d'une part aux besoins identifiés par les médecins d'être associés à la planification stratégique de l'établissement et d'autre part, il répond au besoin de l'établissement de convenir à des priorités de développements et de couverture médicale, principalement pour le soutien médical à domicile et en CHSLD et pour le développement des spécialités. La disponibilité d'une équipe médicale en CHSLD et en SAD permettra d'améliorer la prise en charge des clients dans leur milieu de vie, de soutenir les aidants naturels, d'améliorer la qualité des soins et d'éviter des transferts à l'urgence.

Le processus de planification et de contrôle financier est rigoureux et déployé au sein de toutes les directions. Des conseillers financiers sont attirés à chaque direction et service et supportent adéquatement les cadres à toutes les étapes du processus de gestion financière. Des outils performants d'analyse de coûts moyens sont en déploiement et contribueront à l'optimisation de l'utilisation des ressources.

La documentation financière transmise au conseil d'administration est pertinente et complète. Elle intègre des éléments de suivi périodique, documente les écarts financiers et de volume et identifie les secteurs de coûts plus vulnérables. Le cas échéant, les membres ont toute l'information nécessaire à la réallocation des ressources ou la préparation d'un plan de relève.

Section 1 Sommaire

Enfin, les membres du conseil sont invités à poursuivre leur réflexion quant à l'amélioration du temps de travail des membres et principalement, limiter la durée des réunions et le temps alloué au compte rendu des comités du conseil.

Un plan directeur immobilier et un programme d'investissements en équipements ont été élaborés et prévoient les besoins de construction et de réaménagement de locaux et les équipements médicaux nécessaires à la réalisation des orientations identifiées à la planification stratégique.

L'élaboration et la diffusion de la documentation du programme : « On prend soin de notre monde » soit, le code d'éthique, la politique sur l'obligation de civilité et sur la prévention du harcèlement et de la violence au travail et la contribution attendue de l'utilisateur est un beau succès. Plusieurs employés nous ont confirmé avoir discuté des éléments du programme dans des réunions de gestion.

Un comité d'éthique clinique en place depuis 2004, compte s'adjoindre la participation d'une éthicienne à temps partiel et élargir son offre de service de formation des prestataires de soins et développer des stratégies d'intervention plus rapide en associant l'ensemble des membres.

Des activités de communication ciblées permettraient de mieux faire connaître le comité d'éthique clinique ainsi que les décisions et orientations du comité.

La vétusté et l'exiguïté des espaces sont dangereuses pour les employés et les patients. Cette situation compromet la qualité des soins. Le projet d'amélioration des infrastructures est en cours, mais il est impératif que des actions à court et à moyen terme soient mises en place afin de réduire les risques inhérents au manque d'espace.

En dépit de cet état, la qualité des soins est exceptionnelle et le personnel est très dévoué à sa clientèle. L'environnement physique est très propre. Le programme d'entretien préventif pour tous les équipements non médicaux est en voie d'être consolidé.

L'interdisciplinarité est implantée dans tous les programmes et aide à la mise en place du continuum de soins qui est déjà présent. Un autre avantage de l'interdisciplinarité est la bonne tenue de dossier clinique des patients incluant les PTI et les PII informatisés.

Le défi de la consolidation de la main d'œuvre semble en bonne voie. Les efforts de recrutement de cadres et d'employés ont porté des fruits. Nous pouvons le constater par l'amélioration du climat de travail, des ressources humaines dédiées à la qualité des soins aux clients et dans le dévouement visible des cadres intermédiaires. La rétention de ces nouvelles recrues et la stabilité des ressources passent par un soutien structuré, et ce à tous les niveaux de l'organisation. L'évaluation du rendement est un outil présentement sous-utilisé par plusieurs secteurs. Ceci peut contribuer à l'insatisfaction du personnel.

La planification stratégique de la direction des ressources humaines prend en compte la mise en place de stratégies d'attraction et de rétention des employés, la gestion efficace des ressources, la fidélisation et le développement organisationnel. Par ailleurs, le programme de développement des compétences des cadres et particulièrement le parcours de développement de compétences à moyen et long terme prévoit outiller les cadres visés dans l'opérationnalisation de la planification stratégique.

Section 1 Sommaire

La récente réorganisation du travail aux services cliniques a permis de mieux répondre aux besoins de la clientèle et d'être plus centré sur le patient. Les clients, en général, sont très satisfaits des soins qui leur sont prodigués. La haute direction est invitée à poursuivre avec le comité des usagers l'harmonisation des services alimentaires et des loisirs dans tous les centres d'hébergement.

La prise en charge des patients orphelins est remarquable. Les ordonnances collectives et les algorithmes aident à l'orientation du patient et à la décision clinique notamment la bonne personne, au bon endroit, au bon moment. Le bilan comparatif des médicaments est en place dans presque tous les secteurs cliniques depuis plusieurs années.

Des efforts considérables ont été faits dans la dernière année, et ce à tous les niveaux pour une gestion efficiente des lits.

La cogestion médicale est en processus de consolidation. Il y aura recrutement de nombreux spécialistes dans les prochaines années à cause de l'augmentation des PREM en Montérégie.

La culture de qualité est bien instaurée chez les employés et l'utilisation fréquente des audits pour l'évaluation des soins et l'utilisation des ressources en sont la preuve. Un programme de gestion intégrée de la qualité est en implantation. Par ailleurs, il est impératif que l'établissement développe des rapports sur les tendances accidents et incidents afin de mieux circonscrire les problématiques identifiées.

Introduite initialement comme aide à la pratique médicale, la présence des gestionnaires de l'épisode de soins a favorisé le travail interdisciplinaire et contribué à l'optimisation des séjours et a augmenté la qualité des services à la clientèle.

La direction devra accorder une attention particulière au déploiement de l'Intranet. D'une part, l'Intranet est un puissant outil de développement organisationnel. Cependant, l'établissement est confronté à la réalité que les employés consultent peu le site. Actuellement, le site n'atteint pas les objectifs de communication et d'accès à l'information.

Le développement des services de proximité s'avère également un défi. Dans le secteur sud du territoire, la clientèle doit parcourir près de trente kilomètres pour obtenir les services de santé publique et de santé courante. L'ouverture d'un point de service dans la municipalité de Lacolle est un pas dans la bonne direction.