

Rapport canadien sur l'agrément des services de santé 2007



Hausser la barre en matière de qualité de santé



Canadian Council on Health
Services Accreditation
Conseil canadien d'agrément
des services de santé

Rapport canadien sur l'agrément des services de santé 2007

Hausser la barre en matière de qualité de santé

Publié par le Conseil canadien d'agrément des services de santé

Tout droits réservés.

Aucune partie du présent ouvrage ne peut être reproduite, sous quelque forme (électronique, mécanique) ou par quelque procédé (photocopie, enregistrement) que ce soit, ni emmagasinée dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite du CCASS.

© Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2007

Aussi publié en anglais sous le titre :
Canadian Health Accreditation Report 2007

ISBN 978-1-55149-073-1



Canadian Council on Health
Services Accreditation
Conseil canadien d'agrément
des services de santé
www.cchsa-ccass.ca

Bureau principal
Ottawa (ON)
1 800 814-7769

Bureau du Nord et de l'Ouest
Edmonton (AB)
1 866 452-3800

Avant-propos

Au nom du conseil d'administration et du personnel du Conseil canadien d'agrément des services de santé, il me fait plaisir de vous présenter le Rapport canadien de 2007 sur l'agrément des services de santé. Ce rapport constitue l'une des nombreuses mesures entreprises par le CCASS pour hausser la barre en matière de qualité de santé au Canada.

Nous en sommes à la cinquième parution annuelle du Rapport canadien sur l'agrément des services de santé. Ce rapport comprend un résumé des résultats et des constatations découlant des visites d'agrément menées en 2006. On y présente également plusieurs pratiques exemplaires qui ont été jugées dignes de mention par nos équipes de visiteurs. Contrairement aux années précédentes, le rapport ne contient pas la totalité des pratiques exemplaires. Toutefois, ces dernières figurent dans un document PDF qui peut être téléchargé à partir du site Web du CCASS.

Au cours de l'année 2006, le CCASS a effectué 328 visites dans 1 248 établissements. Il a émis 4 009 recommandations et a relevé 104 pratiques exemplaires qui démontrent que les organismes font preuve d'innovation et d'excellence. Le CCASS est donc très bien placé pour fournir un aperçu global des défis auxquels sont confrontés les organismes clients et des succès qu'ils ont connus ainsi que pour relever les thèmes qui ressortent le plus souvent dans le domaine des soins de santé. Cette année, nous avons constaté que les thèmes suivants revêtaient une importance particulière pour nos clients : l'évaluation et l'amélioration de la qualité, la sécurité des patients, la planification des soins, les ressources humaines en santé, l'éthique et la gestion de l'information. Comme on pouvait s'y attendre, ces mêmes thèmes se reflètent dans les priorités et les tendances nationales actuelles en matière de soins de santé, et nous sommes fiers de contribuer à la discussion et aux débats courants entourant ces questions.

Nous tenons à remercier nos organismes clients pour leur participation et leurs efforts continus en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des patients par le biais de l'agrément.

Nous sommes toujours heureux de recevoir vos commentaires.



Maria Barrados, présidente du conseil d'administration



Wendy Nicklin, présidente-directrice générale





Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Sommaire | 1 |
| Introduction..... | 3 |
| Profil des activités d'agrément en 2006 | 5 |
| Constatations..... | 7 |
| Contrôle et amélioration de la qualité | 7 |
| Faire progresser la sécurité des patients | 8 |
| Planification intégrée et interdisciplinaire des soins fondés sur des données probantes..... | 9 |
| Planification des ressources humaines en santé | 10 |
| Éthique dans les soins de santé..... | 10 |
| Données et information | 11 |
| Comparaison du rendement en matière d'agrément | 13 |
| Visites d'agrément : une comparaison des décisions et thèmes 2003-2006..... | 13 |
| Répartition des visites | 13 |
| Répartition des recommandations selon leur niveau d'urgence | 14 |
| Répartition des types d'agrément..... | 14 |
| Principales problématiques qui ressortent des recommandations | 14 |
| Résultats de la sécurité des patients..... | 15 |
| Pratiques exemplaires | 17 |
| Mot de la fin : au-delà des constatations | 19 |
| Références | 20 |





Sommaire

Le programme d'agrément offre aux Canadiens et Canadiennes un processus objectif de vérification externe des organismes de santé

L'agrément est un moyen de s'assurer que le système de santé offre des soins et des services sécuritaires, efficaces et fiables. Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) est le chef de file en matière d'agrément des services de santé au Canada depuis près de 50 ans. Il s'agit d'un organisme national à but non lucratif et indépendant qui propose une vérification par des pairs, laquelle est fondée sur des normes d'excellence nationales. Le CCASS a pour vision d'être le leader qui hausse la barre en matière de qualité de santé.

Le Rapport canadien de 2007 sur l'agrément des services de santé présente des constatations qui résultent de visites d'agrément menées par le CCASS dans 328 organismes au cours de l'année 2006. Le rapport montre le rendement des organismes de santé du Canada du point de vue du programme d'agrément en offrant une analyse approfondie des recommandations et des types d'agrément attribués aux organismes en plus de fournir une comparaison de ces données pour une période précise.

Pour une cinquième année, ce rapport annuel vous présente les résultats qui découlent du programme d'agrément du CCASS. C'est un tour d'horizon qui fait ressortir les défis et les succès des organismes.

Principales constatations et thèmes clés

Les thèmes qui suivent ressortent des constatations faites au cours des visites menées en 2006 et concordent avec les tendances décelées pour les visites d'agrément menées par le CCASS au cours des années passées.

- Contrôle et amélioration de la qualité
- Faire progresser la sécurité des patients
- Plans de soins intégrés et interdisciplinaires fondés sur des données probantes
- Planification des ressources humaines en santé
- Éthique dans les soins de santé
- Données et information

Ces thèmes reflètent les priorités et les tendances nationales en matière de santé déterminées par les organismes de santé, d'autres intervenants du système de santé et les gouvernements. Il s'agit de l'amélioration de la qualité, la sécurité des patients, la prévention des infections, les ressources humaines en santé et d'autres problèmes liés à la capacité du système, par exemple les temps d'attente et les débordements dans les salles d'urgence.

Comparaison du rendement par rapport au programme d'agrément

En 2006, 20 pour 100 des organismes ont obtenu l'agrément; 79 pour 100 des organismes ont obtenu l'agrément conditionnel, ce qui comprend un suivi sous forme de rapport, de visite supplémentaire ou les deux; et 1 pour 100 s'est vu refusé l'agrément. Le nombre d'organismes qui ont obtenu l'agrément conditionnel a augmenté de 22 pour 100 par rapport à 2005. Plusieurs raisons viennent justifier cela, dont la mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises en matière de sécurité des patients, le grand nombre de visites effectuées pour une première fois (57 organismes) et une augmentation du nombre de critères entraînant automatiquement une recommandation. Ces critères déclencheurs s'avèrent des points problématiques présents dans



un organisme et qui sont considérés comme des catalyseurs, exigeant que l'organisme soumette un rapport de suivi au CCASS à l'intérieur d'une période donnée – ils portent sur l'amélioration de la qualité, l'éthique et la sécurité des patients.

En 2006, 30 pour 100 des 4 009 recommandations émises au total se sont avérées hautement urgentes, exigeant un suivi immédiat; cela représente une augmentation de 5 pour 100 du nombre de recommandations de niveau d'urgence élevé par rapport à l'année précédente. Les secteurs pour lesquels les recommandations de niveau d'urgence élevé ont été émises sont les suivants : amélioration de la qualité (AQ), sécurité des patients, planification en vue de sinistres et d'urgences, planification des ressources humaines en santé et protection des droits des clients et des familles. Des résultats similaires ont été constatés au cours des deux années précédentes. Par contre, même si l'amélioration de la qualité revêt encore une grande importance partout au Canada, on a observé un changement puisque les activités d'AQ ont tranquillement commencé à passer du niveau de la direction et de la gouvernance à des activités plus nombreuses au niveau des équipes et du personnel. À l'inverse, les recommandations sur la planification des ressources humaines en santé ne sont plus autant axées sur la compétence du personnel mais plutôt sur la planification globale des ressources humaines afin de répondre aux besoins actuels et futurs du système.

Les recommandations portant sur les soins et services portaient sur la nécessité de fournir des soins interdisciplinaires en se fondant sur des données probantes. Ces recommandations reflètent les tendances qui se dessinent actuellement dans l'ensemble du système de santé du Canada.

Pratiques exemplaires

Dans le cadre du processus de visite, les visiteurs ont remarqué cent quatre pratiques exemplaires qui méritaient qu'on les souligne comme exemples d'un leadership et d'une prestation de services de grande qualité. Il est possible de les télécharger en format PDF à partir du site Web du CCASS ou de les chercher dans la base de données des pratiques exemplaires, cette dernière étant aussi accessible sur le site Web.

Mot de la fin

Depuis 1958, le CCASS s'est trouvé dans une position privilégiée pour offrir un aperçu du rendement des organismes qui composent le système de santé canadien. Pour l'année 2006 et les suivantes, la qualité, la reddition de comptes, la sécurité et l'accessibilité continueront de figurer en tête des préoccupations des politiciens et des consommateurs. Conscients de cela, les organismes qui émettent les politiques et les gouvernements ont fait de la surveillance et de l'amélioration continue de la qualité le cœur même des grands projets à la base des réformes.

Le présent rapport démontre la valeur de l'agrément et renforce le rôle des normes nationales pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé au Canada.

En 2008, le CCASS instaurera un nouveau programme d'agrément renforcé qui tire leçon des cinq années pendant lesquelles le programme MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation) a été en vigueur. Il permettra de simplifier le processus d'agrément, d'aider les organismes de santé à se concentrer sur les mesures d'amélioration de la qualité et leurs résultats, et d'encourager les organismes à intégrer davantage les normes dans leur travail de tous les jours. Grâce au programme d'agrément et aux autres projets, le CCASS et ses partenaires continueront de jouer un rôle primordial en haussant la barre en matière de qualité de santé au Canada.



Introduction

À un certain moment, tous les Canadiens et Canadiennes auront besoin de recourir au système de soins de santé, certains plus que d'autres. Comment feront-ils pour savoir si les soins et services offerts sont de qualité ou s'ils sont sécuritaires, efficaces et fiables? Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) fournit des réponses à cette question en offrant de l'information sur la qualité et la sécurité des services offerts par les organismes de santé. On y parvient grâce à un processus de vérification externe qu'on appelle « l'agrément », lequel s'avère objectif et représentatif des réalités canadiennes. Le programme d'agrément met à la disposition des organismes de soins de santé un outil qui leur permet de rendre compte de leurs actes aux patients, aux communautés et autres partenaires.

L'agrément est un processus d'évaluation externe respecté et reconnu à l'échelle internationale et utilisé dans de nombreux pays pour évaluer la qualité des services de santé. Les organismes de santé participent au processus d'agrément pour apprendre comment améliorer leurs façons de faire et offrir les meilleurs soins et services possibles à leurs clients.

Au cœur du processus d'agrément

Le CCASS est un organisme national et indépendant. Il propose aux organismes de santé un processus qui est volontaire et menée par des pairs de l'extérieur afin d'évaluer la qualité. Pour ce faire, le CCASS procède à l'élaboration de normes d'excellence nationales, à l'évaluation de la conformité à ces normes, au partage de l'information qui découle des visites d'agrément et à l'attribution de différents types d'agrément. Les normes d'agrément sont élaborées avec la contribution d'experts du milieu des soins de santé, ce qui englobe des praticiens, des chercheurs, des décideurs, des universitaires, des membres de nos comités consultatifs, de même que des prestataires de

soins de première ligne qui œuvrent à domicile, dans la collectivité et dans les hôpitaux. Les normes sont mises à l'essai avant qu'elles ne soient utilisées et elles sont mises à jour afin d'assurer leur pertinence et leur exactitude.

Le CCASS effectue des visites d'agrément dans tous les types de secteurs et de services de santé, ce qui englobe les services de santé autochtones (anciennement les Services de toxicomanie et les Services de santé communautaire des Premières nations et des Inuits), les services aux personnes ayant des lésions cérébrales acquises, les soins de courte durée, les techniques de procréation médicalement assistée, les services de santé des Forces canadiennes, les services d'oncologie, les services d'aide à l'enfance, les services de santé communautaire, les services correctionnels, les organismes régionaux de santé, les soins et services à domicile, les soins de longue durée, les soins de santé mentale, la réadaptation, de même que les services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu.

Les visiteurs sont des professionnels de la santé provenant d'une grande variété de disciplines qui offrent de leur temps pour effectuer les visites d'agrément et évaluer la conformité des organismes par rapport aux normes au nom du CCASS. Les visiteurs émettent des recommandations quand ils jugent que certains secteurs exigent une attention particulière. Les recommandations permettent aux organismes de concentrer leurs efforts sur l'amélioration de la qualité. Elles sont classées selon leur niveau d'urgence -- élevé, modéré et faible -- de manière à ce que les organismes puissent concentrer leurs efforts sur les problèmes les plus pressants en premier lieu. Toutes les recommandations font l'objet d'un suivi rigoureux pour s'assurer qu'elles ont été mises en œuvre.

Les types d'agrément se divisent comme suit : l'agrément, l'agrément conditionnel (sous forme de rapport ou de visite supplémentaire, ou les deux) et le refus d'agrément. Le type d'agrément est déterminé après l'analyse des constatations et des recommandations qui ressortent de la visite. Les constatations découlant des visites et les types d'agrément sont expliqués en détails dans un rapport d'agrément qui appartient à l'organisme; il contient les secteurs d'excellence, les possibilités d'amélioration et



les mesures de suivi, le cas échéant. Les organismes sont encouragés à faire part de leurs résultats à leur communauté.

Les organismes de soins de santé et l'agrément

Le Rapport canadien de 2007 sur l'agrément des services de santé montre le rendement des organismes de santé du Canada du point de vue de l'agrément. Il s'agit d'une publication annuelle dans laquelle on fait un tour d'horizon qui permet d'étudier les défis auxquels les organismes de santé doivent

faire face ainsi que certaines de leurs réussites. Ce rapport ne contient pas de constatations propres à des organismes en particulier mais communique plutôt un ensemble de constatations et de tendances, offrant une vue complète des recommandations émises aux organismes à propos de problèmes liés aux sujets suivants : surveillance et amélioration de la qualité, progression de la sécurité des patients, planification intégrée et interdisciplinaire des soins en se fondant sur des données probantes, planification des ressources humaines en santé, éthique des soins de santé, de même que données et information.



Profil des activités d'agrément en 2006

Le programme d'agrément du CCASS, soit le programme MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation), repose sur un cycle de trois ans au cours duquel les organismes se préparent à la visite d'agrément, effectuent leur auto-évaluation, participent à une visite, et apportent des améliorations continues. Le présent rapport traite des constatations émises dans le cadre des visites d'agrément qui ont eu lieu entre janvier et décembre 2006 et en fait la comparaison avec les données des années précédentes. Le CCASS en est à la cinquième parution annuelle de ces constatations.

Répartition des visites menées au pays

Les services de santé offerts dans l'ensemble du Canada suivent différents modèles de soins et services, allant des grands organismes régionaux de santé qui offrent une gamme de services dans de nombreux établissements aux organismes indépendants qui offrent des services spécifiques, y compris les organismes de soins de longue durée et les centres de santé communautaire. Par conséquent, afin d'obtenir une représentation fidèle du nombre de visites d'agrément qui ont eu lieu, il faut se reporter à la fois au nombre de visites et au nombre d'établissements.

En 2006, le nombre des clients du CCASS s'élevait à 873 organismes de services de santé. Parmi ceux-ci, 328 organismes de santé ont été évalués à la grandeur du Canada, ce qui englobe 1 248 établissements. Toutes les provinces et tous les territoires prennent part au cycle d'agrément; ceci dit, au cours de l'année de visite 2006, aucune visite n'a eu lieu au Nunavut, à l'Île-du-Prince-Édouard ou au Yukon (voir l'illustration 1).

Illustration 1

Clients* du CCASS et répartition des visites par province en 2006

| Province | Clients | Visites | Établissement |
|----------------------------|------------|------------|---------------|
| Colombie-Britannique | 70 | 25 | 415 |
| Alberta | 32 | 21 | 247 |
| Saskatchewan | 19 | 5 | 50 |
| Manitoba | 25 | 9 | 131 |
| Ontario | 547 | 205 | 269 |
| Québec | 90 | 41 | 100 |
| Nouveau-Brunswick | 41 | 10 | 13 |
| Nouvelle-Écosse | 31 | 6 | 6 |
| Île-du-Prince-Édouard** | 5 | 0 | 0 |
| Terre-Neuve et le Labrador | 8 | 2 | 2 |
| Nunavut ** | 1 | 0 | 0 |
| Territoires-du-Nord-Ouest | 4 | 4 | 15 |
| Territoire du Yukon** | 1 | 0 | 0 |
| Total | 874 | 328 | 1 248 |

* Un « client » est défini comme un organisme d'attache qui peut comprendre de nombreux établissements, services et programmes. Les différentes structures de soins de santé dans chaque province rendent compte de la variation des nombres.

** Ces provinces ou territoires n'ont pas été visités en 2006.

Répartition des types d'agrément décernés

En 2006, 20 pour 100 ont obtenu l'agrément; 71 pour 100 ont obtenu l'agrément avec suivi sous forme de rapport; 1 pour 100 ont obtenu l'agrément avec suivi sous forme de visite; 7 pour 100 ont obtenu l'agrément avec suivi sous forme de rapport et de visite; et 1 pour 100 se sont vus refuser l'agrément.

Un total de 4 009 recommandations a été émis. Parmi celles-ci, 30 pour 100 étaient de niveau d'urgence élevé (un suivi immédiat était requis), 63 pour 100 étaient de niveau d'urgence modéré, et 7 pour 100 étaient de faible niveau d'urgence. Cela reflète l'engagement du CCASS de veiller à ce que les secteurs à risque élevé fassent l'objet d'un suivi aussitôt que possible.



Constatations

Six thèmes sont ressortis des visites menées en 2006. Ces thèmes sont semblables à ceux relevés dans les années précédentes et nombre d'entre eux sont présentement considérés des priorités pour le renouvellement continu des soins de santé au pays. De concert avec les organismes clients, les organismes de santé nationaux et le gouvernement, le CCASS travaille en vue d'accroître la qualité des soins et services offerts à l'intérieur du système de santé au Canada.

La majorité des recommandations émises à la suite des visites d'agrément se rapportent aux éléments suivants :

- contrôle et amélioration de la qualité;
- faire progresser la sécurité des patients;
- planification intégrée et interdisciplinaire des soins fondée sur des données probantes;
- planification des ressources humaines en santé;
- éthique dans les soins de santé;
- données et information.

Contrôle et amélioration de la qualité

La reddition de comptes, la sécurité et l'accessibilité des soins et services continuent d'être au centre des préoccupations des politiciens et des consommateurs. Conscients de ces questions, les organismes qui émettent des politiques et les gouvernements ont fait de la surveillance et de l'amélioration continue de la qualité le cœur même des grands projets à la base des réformes. L'agrément a joué un rôle clé dans le renforcement de la reddition de comptes, tel qu'il a été démontré au Québec lorsqu'en janvier 2004 une loi a été adoptée pour la mise en œuvre de l'agrément obligatoire de tous les organismes de santé publics et privés. De plus, dans son rapport *Le renouvellement des soins de santé au Canada*¹, le Conseil canadien de la santé recommandait que tous les organismes de santé deviennent agréés.

L'utilisation d'indicateurs en vue d'apporter des améliorations constitue une composante fondamentale du contrôle de la qualité. Des indicateurs comparables de la santé font maintenant l'objet d'un suivi par les gouvernements à l'échelle nationale. Les temps d'attente ont été au centre des préoccupations récentes, avec la nécessité d'améliorer l'accès qu'ont les consommateurs à des interventions spécifiques en établissant des analyses comparatives. En mars 2007, cela a été poussé de l'avant dans le budget fédéral avec des garanties quant aux temps d'attente.² Chaque province ou territoire a cerné un service clinique spécifique et un temps d'attente maximal auquel s'appliquera la garantie. Bien que le suivi et l'analyse des indicateurs constituent une première étape, les données recueillies doivent être utilisées sur une base continue pour apporter des améliorations au système. Cela doit servir de tremplin pour cerner, mettre en œuvre et assurer le suivi des améliorations.

Ces initiatives nationales sont importantes pour faire progresser le dossier de la qualité, mais les organismes individuels qui sont les prestataires de première ligne des soins et services sont tout aussi importants. De nombreuses recommandations émises en 2006 portaient sur l'amélioration de la qualité et reflètent les tendances nationales.



Les recommandations spécifiques visant à améliorer ou à renforcer le contrôle et l'amélioration de la qualité comprennent les mesures suivantes :

- élaborer un mécanisme d'amélioration de la qualité afin de contrôler, d'évaluer et d'améliorer la qualité des services de façon continue pour obtenir les meilleurs résultats possibles;
- veiller à ce que des buts et objectifs clairs et mesurables soient en place pour les services de santé, et surveiller dans quelle mesure ils sont atteints;
- choisir des indicateurs et en faire le suivi pour aider à évaluer la qualité des services, particulièrement en ce qui concerne les temps d'attente, le contrôle des infections, les événements sentinelles, les événements défavorables et évités de justesse, les ressources humaines et les résultats des soins et services;
- effectuer des analyses comparatives lorsque les résultats sont comparés à des interventions, des programmes ou des organismes semblables et aux normes de l'industrie;
- effectuer des revues de l'utilisation des ressources des services de santé.

Faire progresser la sécurité des patients

Au cours des cinq dernières années, la sécurité des patients a reçu une attention accrue à la fois sur la scène nationale et internationale. Au Canada, l'importance qu'on lui accorde se reflète dans de nombreux rapports tels que *Accroître la sécurité du système : Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien*³ et *The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada*⁴. Le CCASS a établi des partenariats avec un nombre important d'organismes dans cet arène, y compris avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients, l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Association canadienne de protection médicale et l'Association canadienne de normalisation.

En 2006, le CCASS a présenté cinq nouvelles catégories se rattachant à la sécurité des patients

et 21 pratiques organisationnelles requises (POR) connexes. La conformité aux POR est une composante obligatoire du programme d'agrément du CCASS. Les POR reflètent des pratiques essentielles qui doivent être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des patients et pour minimiser les risques. En janvier 2008, quatre autres POR et un ensemble initial de mesures de rendement spécifiques à la sécurité des patients deviendront une partie intégrante des exigences liées à l'agrément du CCASS.

Le CCASS entre dans la deuxième étape de sa stratégie sur la sécurité des patients qui consiste à préciser son plan pour les quatre prochaines années (2007-2010). Parmi les points saillants, notons une étude et une analyse annuelles des problématiques et des pratiques en émergence liées à la sécurité des patients, l'identification de mesures supplémentaires du rendement en matière de sécurité des patients, l'élaboration de listes et d'outils de vérification que les visiteurs pourront utiliser pour retracer les éléments qui entourent la sécurité des patients dans un organisme, la mise en œuvre d'autres modules de formation sur la sécurité des patients, l'identification et la diffusion de pratiques exemplaires. Ces éléments deviendront une partie intégrale du nouveau programme d'agrément au cours des quatre prochaines années.

Les recommandations découlant des visites d'agrément de 2006 et qui visent à améliorer ou renforcer la sécurité des patients comprennent les mesures suivantes :

- veiller à ce qu'un plan en vue de sinistres et de situations d'urgence soit en place et que des exercices aient lieu régulièrement;
- revoir, par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire, les processus pour l'utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments et autres technologies thérapeutiques;
- mettre en œuvre un processus structuré, détaillé et approuvé pour cerner, signaler, évaluer et gérer les risques;
- élaborer un processus pour aider le personnel à cerner, signaler, évaluer et gérer les événements sentinelles et les événements évités de justesse;
- utiliser l'équipement, les fournitures, les appareils médicaux et l'espace de façon sécuritaire, efficace et efficiente.

- offrir de la formation continue aux membres du personnel sur la prévention des infections et leur rôle dans ce processus.

Planification intégrée et interdisciplinaire des soins fondés sur des données probantes

Le Canadien moyen vit plus longtemps mais souvent il a des maladies chroniques multiples comme le diabète, le cancer et les maladies cardiaques. Des études démontrent que 50 pour 100 des adultes en Amérique du Nord vivent avec une maladie chronique et que 80 pour 100 des consultations chez les médecins responsables des soins primaires sont liées à la gestion d'une maladie chronique.⁵ Les plans de soins intégrés et interdisciplinaires fondés sur des données probantes sont des composantes clés du contrôle des coûts liés à ces morbidités et de l'amélioration de la qualité du système de santé.

Des services de santé intégrés permettent de veiller à ce que les soins et services soient offerts tout au long du continuum du système de santé, à partir des soins de santé primaires jusqu'aux soins de longue durée. De plus, les soins et services devraient être offerts en interdisciplinarité, c'est-à-dire que les prestataires de services de santé travaillent ensemble de la façon la plus efficiente et efficace possible. Au moyen du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, Santé Canada a subventionné plusieurs projets nationaux centrés sur le travail interdisciplinaire des prestataires, à savoir *l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de*

*santé primaires (ACIS).*⁶ À cette fin, 48 organismes, y compris les 10 associations fondatrices de prestataires de soins nationaux, ont donné leur assentiment aux principes et au cadre conceptuel pour le travail interdisciplinaire dans les soins de santé primaires.

Le recours aux meilleures pratiques et aux soins fondés sur des données probantes en vue d'améliorer la qualité des soins et des services devient de plus en plus répandu dans les soins de santé. Bien qu'il existe de nombreux inventaires, bases de données, lignes directrices et mécanismes de surveillance, le transfert de connaissances demeure un problème. Il existe de nombreux portails de qualité élevée pour diffuser les meilleurs pratiques, à savoir *l'E-Therapeutics* de l'Association des pharmaciens du Canada, la bibliothèque du Canadian Cochrane Centre, et le *Portail canadien des pratiques exemplaires en matière de promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques* de l'Agence canadienne de santé publique. La prise de décisions fondées sur des données probantes peut avoir un effet positif sur les soins offerts aux patients lorsqu'elle est correctement intégrée et communiquée.

Ces priorités pour le système de santé se reflètent dans les recommandations découlant des visites d'agrément de 2006. De façon générale, ces recommandations démontrent le besoin d'améliorer ou de renforcer la planification des soins en :

- élaborant un plan d'intervention complet, coordonné, intégré et interdisciplinaire avec chaque client de manière à répondre à ses besoins et à éviter les interruptions de services;
- travaillant en équipe pour déterminer les buts et les objectifs mesurables, et en assurant le suivi des résultats attendus;
- mettant en œuvre des stratégies fondées sur des données probantes pour la prestation des soins et services;
- renforçant la continuité des soins au-delà de l'organisme grâce à une meilleure utilisation de la planification des départs, aux liens établis avec les organismes communautaires et au suivi des résultats des transferts.





Planification des ressources humaines en santé

En 2006, le système de santé au Canada a coûté 148 millions de dollars, soit 10,3 % du PIB⁷. Les systèmes de santé continuent à sentir les pressions relatives aux ressources humaines en santé, tel qu'il a été récemment confirmé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui est d'avis qu'une autre crise est imminente dans les ressources humaines en santé⁸. Un million et demi de personnes travaillent au sein du système de santé canadien, soit une personne sur 10. Dans les provinces en pleine expansion telles que l'Alberta et la Colombie-Britannique, on est obligé de recruter des travailleurs à l'étranger, particulièrement dans le cas des infirmières. Ces pénuries exerceront des pressions continues sur le système de santé, et le contrôle de la qualité deviendra primordial.

Les efforts déployés par le Canada pour remédier à cette crise ont débuté par l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (2003-2004)*⁹. Il en est résulté la stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé dont les trois principaux volets étaient les suivants : le recrutement et la rétention des prestataires de soins, la formation interprofessionnelle sur la pratique concertée et axée sur le patient, et la planification pancanadienne des ressources humaines en santé¹⁰. Le CCASS assure le secrétariat pour la *Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité*, un partenariat qui regroupe 10 organismes nationaux. Cette coalition a relevé plusieurs stratégies à partir d'éléments concrets afin d'aider les dirigeants à déterminer par où commencer et quels moyens mettre en œuvre pour obtenir et appuyer des milieux de travail sains.

La planification des ressources humaines en santé a été l'objet de nombreuses recommandations en 2006, ce qui prouve la nécessité d'améliorer ou de renforcer la planification des ressources humaines en santé en :

- élaborant, en mettant en œuvre et en diffusant un plan complet de ressources humaines qui reflètent les besoins actuels et futurs;
- procédant à l'examen des titres et compétences, à des nominations et des renouvellements de nominations et à l'octroi de privilèges en temps opportun et en s'assurant que des documents qui les attestent soient versés aux dossiers;
- veillant à ce que le personnel maintienne ses compétences de façon continue au moyen de formation, de perfectionnement et d'évaluation régulière du rendement;
- en créant un milieu de travail sécuritaire, sain et positif.

Éthique dans les soins de santé

Dans les organismes de santé, il demeure prioritaire de surmonter les défis associés à l'élaboration et au soutien de cadres clairs entourant les décisions d'ordre éthique ainsi que de maintenir les droits des clients. Le respect des codes d'éthique et la sauvegarde des droits des clients sont essentiels à la prestation des soins de santé. Les associations de professionnels de la santé le reconnaissent depuis longtemps et ont élaboré des codes qui définissent les valeurs, qui servent de guide pour un comportement éthique et qui confirment officiellement les droits et responsabilités des clients.

Les codes officiels étant importants, ils doivent être bien compris et mis en pratique. Les prestataires de soins de santé doivent définir les droits des clients en tenant compte du contexte, instaurer des mécanismes aptes à être mis en pratique pour s'assurer qu'ils soient respectés, ainsi que promouvoir et mettre à jour les principes éthiques au moyen de la formation continue du personnel. Bien que les données découlant des visites d'agrément indiquent que de nombreux organismes disposent d'une politique sur l'éthique, les processus de mise à jour, de mise en œuvre et de communication de cette politique exigent une attention et une amélioration continue à l'échelle du système.

L'agrément encourage les organismes à élaborer et à perfectionner des politiques et des pratiques appropriées en ce qui concerne l'éthique à l'aide d'un cadre conceptuel permettant de réfléchir à l'éthique et à planifier les activités qui l'entourent.

Les recommandations émises en 2006 ont démontré qu'il s'avère nécessaire d'améliorer ou de renforcer l'éthique dans les soins de santé au moyen des mesures suivantes :

- appuyer les droits des clients et des familles, ce qui englobe le consentement, la confidentialité, la recherche, la mort et les derniers moments de vie;
- mettre en œuvre et mettre à jour un cadre, des politiques et des directives relatives à l'éthique;
- former et soutenir le personnel en ce qui concerne le rôle de l'éthique et les problèmes d'éthique;
- élaborer et mettre en œuvre des processus structurés pour faire face aux problèmes d'éthique, les gérer et les résoudre.

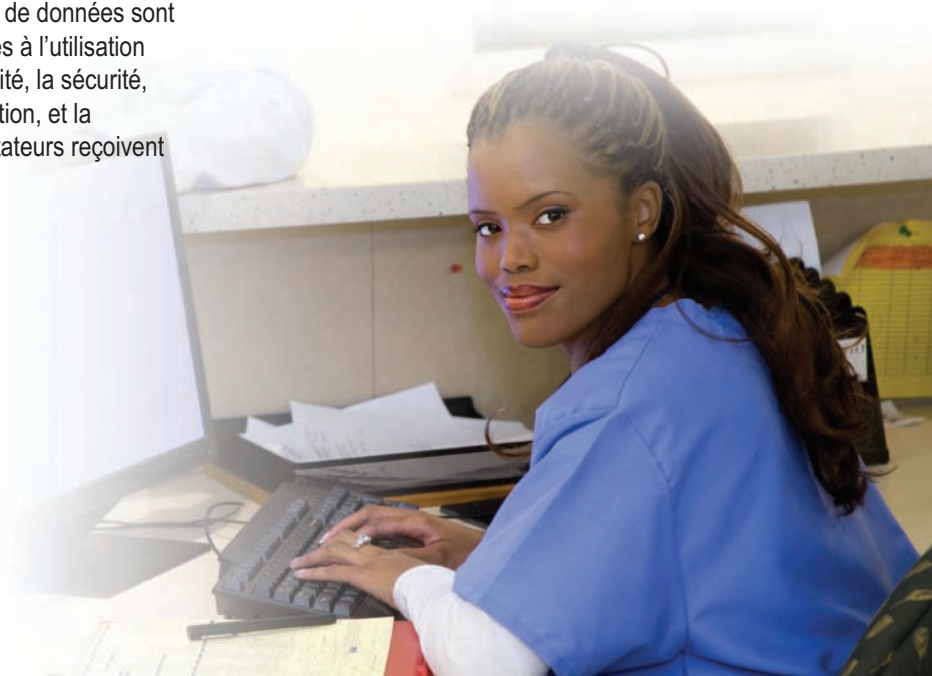
Données et information

Dans l'ensemble des normes d'agrément, les organismes sont encouragés à utiliser les données et l'information mises à leur disposition pour prendre les décisions d'ordre clinique et concernant la gestion avec exactitude et en temps opportun. Dans le cadre de ce processus, l'utilisation de dossiers électroniques de santé, qui est à la hausse au Canada, peut s'avérer un outil efficace pour partager l'information avec les membres d'une équipe et améliorer la continuité des soins et services. Cependant, les préoccupations soulevées par le recours à des bases de données sont semblables à celles qui sont associées à l'utilisation de dossiers papier, soit la confidentialité, la sécurité, l'intégrité des données et de l'information, et la nécessité de veiller à ce que les prestataires reçoivent l'information utile en temps opportun.

Inforoute Santé du Canada assume un rôle de leadership en veillant à ce que les systèmes d'information sur la santé viennent appuyer un système de santé plus sécuritaire et plus efficace. Cela a favorisé un développement plus rapide de systèmes de dossiers de santé électroniques partout au Canada et a permis de concentrer les efforts sur la confidentialité et la sécurité de cette information. D'ici 2010, Inforoute compte disposer d'un dossier de santé électronique interexploitable pour 50 pour 100 des Canadiens.¹¹

Bon nombre de recommandations ont été émises au sujet des données et de l'information. Dans l'ensemble, les recommandations démontrent que les organismes devront améliorer ou renforcer les données et l'information en prenant les mesures qui suivent :

- élaborer un plan d'information pour répondre aux besoins actuels et futurs;
- entreprendre des revues continues de l'utilisation des ressources pour appuyer l'utilisation efficace et efficiente des ressources, particulièrement en ce qui concerne les médicaments, les technologies thérapeutiques et les services de diagnostic;
- recueillir l'information appropriée provenant de diverses sources et la communiquer pour planifier, modifier et améliorer les services offerts aux clients, et mettre en place des liens et partenariats appropriés;
- améliorer la confidentialité, la sécurité et l'intégrité des données et de l'information.





Comparaison du rendement en matière d'agrément

Visites d'agrément : une comparaison des décisions et thèmes 2003-2006

La comparaison du rendement en matière d'agrément d'une année à une autre peut constituer un moyen utile d'examiner les tendances générales dans le système des soins de santé au Canada. Cependant, les données comparatives devraient être utilisées avec prudence puisque les modèles organisationnels de prestation de soins et de services peuvent varier considérablement d'une province à une autre. De plus, le type de services ou de programmes qui font l'objet

d'une visite dans une province ou un territoire donné diffère d'une année à l'autre, c'est-à-dire qu'une année quelques centres de soins de longue durée seront visités tandis que l'année suivante, des organismes régionaux seront visités.

Répartition des visites

De 2004 à 2005, il y a eu une augmentation de 85 pour 100 du nombre d'établissements visités (voir l'illustration 2). En 2006, le volume des visites d'agrément s'est stabilisé, principalement en raison du cycle d'agrément de trois ans et de la réorganisation des organismes de services de santé, et ce, particulièrement dans les provinces de l'Ouest. Au plan provincial, seul le Québec a connu une hausse du nombre de visites au cours de la période de référence, atteignant ainsi son plus haut volume de visites d'agrément avec 100 établissements en 2006. Étant donné l'accent accru qui est placé sur l'agrément obligatoire, on s'attend à ce que l'intérêt à l'égard du programme d'agrément et la participation à celui-ci continueront de croître dans la plupart des provinces et territoires au cours des prochaines années.

Illustration 2

Répartition des visites par province et territoire (Étab. = Établissements)

| Province ou territoire | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | |
|----------------------------|------------|------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|--------------|
| | Visites | Étab. | Visites | Étab. | Visites | Étab. | Visites | Étab. |
| Colombie-Britannique | 17 | 26 | 24 | 116 | 40 | 650 | 25 | 415 |
| Alberta | 8 | 29 | 6 | 76 | 19 | 303 | 21 | 247 |
| Saskatchewan | 3 | 53 | 8 | 147 | 11 | 144 | 5 | 50 |
| Manitoba | 21 | 65 | 20 | 130 | 11 | 228 | 9 | 131 |
| Ontario | 218 | 405 | 195 | 415 | 184 | 404 | 205 | 269 |
| Québec | 34 | 70 | 28 | 75 | 35 | 90 | 41 | 100 |
| Nouveau-Brunswick | 13 | 25 | 15 | 45 | 18 | 63 | 10 | 13 |
| Nouvelle-Écosse | 6 | 8 | 8 | 34 | 20 | 111 | 6 | 6 |
| Île-du-Prince-Édouard | 0 | 0 | 5 | 49 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Terre-Neuve et le Labrador | 7 | 55 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| Nunavut * | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 23 | 0 | 0 |
| Territoires-du-Nord-Ouest | 3 | 18 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 15 |
| Territoire du Yukon * | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 330 | 754 | 313 | 1 090 | 343 | 2021 | 328 | 1 248 |

* Ces provinces ou territoires n'ont pas été visités en 2006.





Répartition des recommandations selon leur niveau d'urgence

En 2006, 4 009 recommandations ont découlé des visites menées dans 1 248 établissements à l'échelle du Canada. Les recommandations constituent des possibilités d'amélioration qui ont des répercussions positives sur les soins et services. De 2005 à 2006, il y a eu une augmentation de 5 pour 100 du nombre de recommandations de niveau d'urgence élevée, tandis que le nombre de recommandations de niveau d'urgence modérée a diminué de 4 pour 100 (voir l'illustration 3).

Illustration 3

Répartition des recommandations (niveau d'urgence par pourcentage)

| Niveau d'urgence | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------------|------|------|------|------|
| Faible | 10 | 13 | 8 | 7 |
| Modéré | 66 | 64 | 67 | 63 |
| Élevé | 24 | 23 | 25 | 30 |

Répartition des types d'agrément

À l'échelle nationale, le nombre d'organismes qui ont reçu l'agrément conditionnel (qui peut inclure un suivi sous forme de rapport, de visite supplémentaire ou les deux) a augmenté de 22 pour 100 de 2005 à 2006 (voir l'illustration 4).

Illustration 4

Répartition des types d'agrément au cours des quatre dernières années (en pourcentage)

| Type d'agrément | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|------|------|------|------|
| Agrément | 41 | 48 | 36 | 20 |
| Agrément avec suivi sous forme de rapport | 51 | 42 | 52 | 71 |
| Agrément avec suivi sous forme de visite supplémentaire | 5 | 5 | 4 | 1 |
| Agrément avec suivi sous forme de rapport et de visite supplémentaire | 2 | 4 | 2 | 7 |
| Refus d'agrément | 1 | 1 | 6 | 1 |

Depuis l'instauration du programme MIRE, le CCASS a augmenté la rigueur de son programme pour soutenir l'engagement des organismes à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Cela a nécessité, entre autres, l'introduction des éléments déclencheurs relatifs à la sécurité des patients, à l'éthique, et à l'amélioration de la qualité qui entraînent automatiquement un suivi, puis celle des exigences relatives à la sécurité des patients en 2006. Ces exigences du nouveau programme ont contribué à établir la tendance notée dans les types d'agrément décernés.

En 2006, il y a eu une diminution du pourcentage d'organismes qui se sont vus refuser l'agrément. Le refus d'agrément survient habituellement lorsque les organismes sont en transition ou qu'ils en sont à leur première visite. Ces organismes n'ont peut-être pas instauré l'infrastructure de base nécessaire pour offrir des soins et services de qualité. Conscient de ces difficultés et désireux d'aider les organismes à se préparer au processus d'agrément, le CCASS offre maintenant encore plus de conseils et de soutien aux organismes avant la tenue de leur visite d'agrément.

Principales problématiques qui ressortent des recommandations

Les principales recommandations émises pour chaque secteur de normes dans l'ensemble des provinces et territoires reflètent les thèmes présentés dans le

présent rapport. En 2006, les recommandations se rapportaient principalement aux normes relatives à l'amélioration de la qualité, aux plans d'urgence et en vue de sinistres, à la planification des ressources humaines en santé, à la sécurité des patients de même qu'à la protection des droits des clients et des familles. En comparant les recommandations émises en 2004 à celles de 2006, on constate que ces thèmes sont demeurés mais que les recommandations relatives à l'amélioration de la qualité ont été émises par rapport aux équipes plutôt qu'à l'échelle de l'organisme. Cette constatation correspond à la philosophie du CCASS qui veut que l'amélioration de la qualité soit répandue partout dans un organisme, et tout particulièrement au niveau de la prestation des soins et services.

Les problèmes relatifs aux ressources humaines en santé se sont accentués au cours des dernières années, portant moins sur les questions liées aux compétences du personnel et davantage sur les activités globales de planification des ressources humaines en santé en vue de répondre aux besoins actuels et futurs du système de santé. Cela n'est pas surprenant étant donné les pénuries de travailleurs de la santé dans l'ensemble du système de santé du Canada. De plus, les recommandations reflètent la nécessité de veiller à ce que la prestation des soins et services soit davantage axée sur l'interdisciplinarité et fondée sur des données probantes. Cette constatation reflète les problématiques et les initiatives relevées aux plans national et provincial.



Voici certaines des problématiques qui sont ressorties des recommandations découlant des visites d'agrément de cette année :

- amélioration de la qualité à l'échelle de l'organisme et des équipes;
- planification des ressources humaines en santé;
- contrôle et amélioration des services à l'échelle des équipes;
- équipes qui offrent des soins sécuritaires, efficaces et efficients;
- plans d'urgence et en vue de sinistres;
- utilisation de médicaments et d'autres technologies thérapeutiques;
- prévention et gestion des événements sentinelles;
- prestation de soins et services fondés sur des données probantes;
- plan d'intervention approprié et intégré pour chaque client;
- évaluation du client;
- protection des droits des clients et des familles;
- gestion de l'information.

Résultats de la sécurité des patients

En janvier 2006, 21 pratiques organisationnelles requises (POR) liées à la sécurité des patients sont devenues une partie intégrante des visites d'agrément du CCASS. Le Comité consultatif sur la sécurité des patients du CCASS, constitué de grands spécialistes provenant de partout au pays, a recommandé que la non conformité à n'importe quelle POR entraîne automatiquement une recommandation exigeant une action urgente, de façon semblable aux recommandations de niveau d'urgence élevé. Les visiteurs utilisent quatre catégories pour évaluer la conformité à une POR : (P) Pas en place, (D) En développement, (M) Mise en œuvre complète, (L) Pratique exemplaire. Une cote de (P) ou de (D) mène à une recommandation et l'agrément conditionnel.

Les 328 visites qui ont eu lieu pendant l'année sur laquelle porte le rapport ont mené à 1 129 recommandations portant sur les POR liées à la sécurité des patients. Les cinq POR par rapport auxquelles il y a eu le plus grand nombre de recommandations étaient les suivantes :



- une analyse prospective par année (catégorie : culture);
- la sécurité des patients par écrit, sous forme de priorité ou de but stratégique (catégorie : culture);
- un mécanisme de déclaration des événements indésirables réels et potentiels (catégorie : culture);
- politique et processus de déclaration des événements indésirables (catégorie : culture);
- élaborer et mettre en œuvre un plan et un processus d'évaluation des problèmes de sécurité des patients à l'intérieur de l'organisme, et réaliser des activités d'amélioration (catégorie : milieu de travail ou effectif).

Une vue d'ensemble des pourcentages des visites qui ont mené à des recommandations, par POR, est présentée à l'illustration 5. On s'attend qu'au fur et à mesure qu'il y aura une plus grande conscientisation et que la capacité sera renforcée, la conformité des organismes aux POR s'améliorera.



Illustration 5

Pourcentage des visites qui ont mené à des recommandations, par POR, en 2006

| Pratiques organisationnelles requises | % |
|---|----|
| Culture | |
| La sécurité des patients fait l'objet d'une priorité stratégique | 31 |
| Rapports trimestriels au conseil d'administration sur la sécurité des patients | 22 |
| Mécanisme de déclaration des événements indésirables | 29 |
| Processus de déclaration des événements indésirables | 28 |
| Analyse prospective à chaque année | 41 |
| Communication | |
| Informé et former les clients au sujet de leur rôle | 23 |
| Mécanismes efficaces pour transmettre l'information aux moments critiques | 12 |
| Processus de vérification pour les secteurs à risques élevés | 6 |
| Bilan comparatif des médicaments à l'admission | 12 |
| Bilan comparatif des médicaments au moment du transfert | 12 |
| Utilisation des médicaments | |
| Retirer les électrolytes concentrés des unités de soins | 5 |
| Normaliser et limiter le nombre de concentrations de médicaments disponibles | 7 |
| Fournir de la formation sur les pompes à perfusion | 4 |
| Milieu de travail ou effectif | |
| Formation sur la sécurité des patients | 14 |
| Plan de sécurité des patients | 28 |
| Rôles et responsabilités clairement définis | 18 |
| Programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils médicaux, l'équipement et la technologie | 11 |
| Prévention des infections | |
| Se conformer aux directives sur la prévention des infections | 9 |
| Formation sur le lavage des mains | 9 |
| Faire le suivi des taux d'infection | 17 |
| Processus de stérilisation de l'équipement et des installations | 6 |

Pratiques exemplaires

Dans le cadre des activités liées aux visites menées en 2006, les visiteurs ont recommandé l'inclusion de 104 pratiques exemplaires à la base de données des pratiques exemplaires du CCASS.

Comme c'était le cas pour les pratiques exemplaires relevées au cours des années précédentes, celles-ci méritent d'être reconnues par les organismes qui visent l'excellence dans leurs domaines spécifiques, et elles sont dignes de mention pour ce qu'elles contribuent au milieu de la santé. Elles peuvent avoir été relevées comme une pratique exemplaire dans une région géographique particulière ou pour l'accent mis sur un point d'intérêt particulier de la prestation des services ou d'un sujet lié à la santé.

Les pratiques exemplaires sont :

- originales et innovatrices;
- liées aux normes du CCASS;
- faites pour démontrer l'atteinte de résultats positifs et l'efficacité des pratiques;
- peuvent être adaptées à d'autres organismes.

Vous trouverez ci-dessous des exemples de pratiques exemplaires de 2006 qui reflètent les six thèmes découlant des visites menées pendant l'année.



Contrôle et amélioration de la qualité

Pour améliorer la satisfaction des patients et la compréhension qu'a le personnel des points de vue des patients, un hôpital à Mississauga, en Ontario, a mis en œuvre le programme « Our People Care ». La participation au programme est volontaire et plus de 900 employés, dont 14 médecins, y ont participé. Les données sur les résultats suggèrent que le programme fait une différence et que les employés le considèrent comme une expérience significative.

Faire progresser la sécurité des patients

Pour améliorer la sécurité des patients à l'heure des repas, un centre d'accueil à St. Catharines, en Ontario, a élaboré le livret « Meals are Big Deals ». Il traite des problèmes de déglutition ainsi que de leurs causes et des signes à observer, des questions portant sur les soins, de la position à adopter avant et après les repas, de l'heure des repas, ainsi que des étapes d'une alimentation sécuritaire, et des mesures d'urgence. Le livret porte principalement sur l'heure des repas comme point important de la journée, en faisant ressortir qu'il s'agit d'une occasion de socialiser et de faire des choix, dont celui de se nourrir soi-même. Il est accessible par le biais d'une formation interne, dans le cadre du programme d'orientation du personnel ainsi que dans une vidéo produite par l'hôpital local. Des napperons éducatifs sont mis à la disposition du personnel et des visiteurs.

Plans de soins intégrés et interdisciplinaires fondés sur des données probantes

Une collaboration entre un centre de soins urgents, les services médicaux d'urgence ainsi que les salles d'urgence locales à Calgary, en Alberta, a mené à un programme novateur pour réduire le nombre de visites inutiles aux salles d'urgence. Habituellement, les services ambulanciers n'ont pas le droit d'amener des clients aux services de soins d'urgence mineure indépendants et formés de médecins de famille; par conséquent, le programme a élaboré des lignes



directrices pour les services médicaux d'urgence afin qu'ils puissent évaluer les clients et les amener au centre le plus approprié. Cela signifie que certains patients peuvent avoir recours au service de soins urgents même s'ils ne sont pas des patients ambulatoires. La réussite de cette approche est attribuable à la grande collaboration et à la relation qui existent entre le personnel des services médicaux d'urgence et les salles d'urgence.

Planification des ressources humaines en santé

Pour accroître la participation du personnel aux stratégies de ressources humaines et de santé en milieu de travail, et pour créer des stratégies de recrutement et de rétention adaptées, un établissement résidentiel en Colombie-Britannique a mis sur pied une équipe « Nurturing Each Other ». Cette équipe se concentre sur les buts à court et à long termes de la promotion du bien-être et de la santé du personnel.

Éthique dans les soins de santé

Un hôpital à Montréal, au Québec, a élaboré un processus pour aider les clients à rédiger un testament de vie, s'ils le désirent. L'information disponible englobe une liste de contrôle, une formule de testament de vie, des documents permettant au client de désigner des décideurs au nom d'autrui, des directives médicales, une déclaration sous serment d'un témoin et un glossaire. De plus, un système d'alarme a été conçu pour informer le personnel de l'existence du testament une fois que celui-ci est terminé.

Données et information

Pour offrir de l'information sur les soins de santé fondés sur des données probantes de même que des ressources, un hôpital à Kitchener, en Ontario, a élaboré une ressource novatrice sur Internet qu'il a appelée « My CARE Source ». Les utilisateurs peuvent surveiller les effets secondaires et les symptômes, inscrire des données dans un journal personnel, avoir accès aux ressources communautaires et faire le renouvellement des ordonnances et les commandes de produits, en plus d'avoir accès à des renseignements au sujet de leurs rendez-vous à l'hôpital. On travaille aussi à la mise en œuvre de cet outil pour les patients aux prises avec une néphropathie chronique; d'autres centres de cancérologie l'ont aussi adopté.

Les pratiques exemplaires de 2006 peuvent être téléchargées dans leur intégrité en document PDF à partir du site Web du CCASS. Ces pratiques exemplaires, de même que celles relevées au cours des deux dernières années, peuvent aussi faire l'objet d'une recherche dans la base de données sur les pratiques exemplaires selon les thèmes suivants :

- les services centrés sur le client;
- la continuité des services;
- la prestation de services;
- la mise sur pied de plans d'urgence et de plans en cas de catastrophe;
- l'éthique, les droits des clients et le consentement;
- la gouvernance;
- la promotion de la santé et la prévention de la maladie;
- les ressources humaines;
- la gestion de l'information;
- les partenariats;
- la sécurité des patients;
- l'amélioration de la qualité;
- la recherche et les meilleures pratiques.



Mot de la fin : au-delà des constatations



Le CCASS procède à l'agrément des organismes de santé depuis plus de 50 ans. Le programme qui s'adressait aux hôpitaux de soins de courte durée et aux établissements de soins de longue durée à ses débuts s'applique maintenant à de nouveaux types de services tels que les services des autochtones et les services d'aide à l'enfance. Le CCASS a pour mission d'être le leader qui hausse la barre en matière de qualité de santé dans l'ensemble du système de santé. En 2006, 874 organismes participaient au programme d'agrément du CCASS, ce qui démontre que l'agrément a passé le test des années. Il est attendu que les pressions constantes qui sont exercées sur le système de santé, l'information glanée grâce à la participation au programme d'agrément continuera d'être une ressource utile pour les prestataires de soins et de services, les gouvernements et les décideurs.

La philosophie d'amélioration continue du CCASS influencera son nouveau programme d'agrément qui sera mis en œuvre en janvier 2008. Ce nouveau programme permettra au CCASS de mieux comparer les données tout en continuant de se concentrer sur la qualité et la sécurité. Le programme englobe les composantes clés suivantes :

- des normes distinctes sur les fonctions de la gouvernance et de leadership;
- l'intégration des normes de gestion des ressources humaines, de gestion de l'information et de gestion de l'environnement à d'autres sections de normes;
- un accent accru sera placé sur les populations, telles que les patients ayant une maladie chronique et des groupes d'âge spécifiques;
- de nouvelles normes pour les secteurs à risque élevé, y compris la gestion des médicaments, les laboratoires, l'imagerie diagnostique et les salles d'opération;

- une référence accrue aux soins de santé primaires au moyen de la santé publique et de la gestion des maladies chroniques;
- un processus simplifié pour faciliter l'utilisation de l'agrément en tant qu'outil d'amélioration continue de la qualité.

Les organismes, les visiteurs et le personnel continueront de jouer des rôles clés dans la promotion et la mise en œuvre du nouveau programme, tout en maintenant un accent sur son objectif premier, soit d'aider les organismes de santé à définir, évaluer et améliorer la qualité de leurs soins et services, et à en faire rapport.

Le Rapport canadien de 2007 sur l'agrément des services de santé compare le rendement d'une année à une autre, et démontre l'impact du renouvellement du système de santé sur les organismes qui offrent des soins et services à la population canadienne ainsi que les tendances courantes qui en découlent. Les tendances relevées parmi les données sur l'agrément sont considérablement en lien avec les problématiques courantes auxquelles sont confrontés les organismes de santé et les gouvernements. Ces synergies offre une orientation cohérente aux organismes de santé dans leurs efforts continus visant à répondre aux priorités en matière de soins de santé. Les organismes de santé continuent de s'efforcer d'offrir des soins de manière sécuritaire, efficiente et efficace. Le CCASS est dans une position unique qui lui permet de surveiller la qualité de façon objective et d'un point de vue de l'externe, contribuant ainsi à l'amélioration continue des services de santé au Canada.



Références

- ¹ Conseil canadien de la santé. Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?, Tiré du site <http://www.healthcouncilcanada.ca/fr>, le 6 juillet 2007.
- ² Santé Canada. Garanties de délai d'attente pour les patients (Mars 2007). Tiré du site http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2007/2007_wait-delai-bk1_f.html.
- ³ Comité directeur national sur la sécurité des patients. Accroître la sécurité du système - Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien (2002). Tiré du site du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada http://rcpsc.medical.org/publications/building_a_safer_system_f.pdf, le 12 juillet 2007.
- ⁴ Baker, G.R., P.G. Norton et al. The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada (2004). Canadian Medical Association Journal 170 (11) : 1678-1686.
- ⁵ Morgan, Zamora, et al. Healthcare Papers, 7 (4) 2007 : 6-23.
- ⁶ Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires. Tiré du site du Conference Board of Canada <http://www.eicp-acis.ca/fr/who/default.asp>.
- ⁷ Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses nationales de santé (2005). Tiré du site <http://www.cihi.ca>, le 5 juillet 2007.
- ⁸ Organisation mondiale de la Santé. Travailler ensemble pour la santé : Rapport sur la santé dans le monde (2006). Tiré du site http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf, le 11 juillet 2007.
- ⁹ Santé Canada. Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (février 2003). Tiré du site http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index_f.html, le 6 juillet 2007.
- ¹⁰ Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, collaboration fédérale-provinciale-territoriale. Tiré du site http://www.buildingthefuture.ca/e/invitationalconference/background/Framework_eng.pdf#search=%22HHR%20frameworks%22, le 6 juillet 2007.
- ¹¹ Inforoute Santé du Canada. Qui nous sommes (2007). Tiré du site <http://www.infoway-inforoute.ca/fr/WhoWeAre/Overview.aspx>, le 23 août 2007.



Canadian Council on Health
Services Accreditation

Conseil canadien d'agrément
des services de santé

www.cchsa-ccass.ca