



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## **Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest**

Châteauguay, QC

Dates de la visite d'agrément : 26 novembre au 1 décembre 2017

Date de production du rapport : 21 décembre 2017

## Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2017. Ce rapport d'agrément 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 se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport d'agrément.

## Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend le type d'agrément qui vous est décerné, ainsi que les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

Je vous remercie du leadership et de 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 recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	5
Analyse selon les normes	6
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	15
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>18</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>22</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	23
Processus prioritaire : Gouvernance	23
Processus prioritaire : Planification et conception des services	25
Processus prioritaire : Gestion des ressources	27
Processus prioritaire : Capital humain	28
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	29
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	32
Processus prioritaire : Communication	34
Processus prioritaire : Environnement physique	35
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	37
Processus prioritaire : Cheminement des clients	38
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	39
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	42
Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service	43
Ensemble de normes : Déficits sur le plan du développement - Secteur ou service	45
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	49
Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service	52
Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service	55
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	61
Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service	63

Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service	70
Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	74
Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service	78
Ensemble de normes : Télésanté - Secteur ou service	85
Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service	88
Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service	91
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	96
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	96
<b>Commentaires de l'organisme</b>	98
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	100
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	101

## Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et 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.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

## Décision relative au type d'agrément

La décision relative au type d'agrément du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest est:

**Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest conserve le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé.**

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 26 novembre au 1 décembre 2017**

- **Emplacements**

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

1. A. CISSS de la Montérégie Ouest
2. Centre d'hébergement de Vaudreuil
3. Centre de services ambulatoires Lauzon
4. CLSC Châteauguay
5. CLSC de Beauharnois
6. CLSC de Huntingdon
7. CLSC de Rigaud
8. CLSC de Salaberry-de-Valleyfield
9. CLSC de Vaudreuil-Soulanges
10. CLSC Jardin du Québec - Saint-Rémi
11. CLSC Kateri
12. CRDITSA – Résidence Dupré - Beloeil
13. CRDITSA – Centre d'activités Vaudreuil
14. CRDITSA – Centre multiservice de Boucherville
15. CRDITSA – Centre multiservice de Saint-Hubert
16. CRDITSA – Centre multiservice et atelier de Granby
17. CRDITSA – Clinique régionale d'évaluation des troubles complexes du développement (CRETC)
18. CRDITSA – Installation Châteauguay
19. CRDITSA – Installation Kateri
20. CRDITSA – Installation Maribro
21. CRDITSA – Installation Vaudreuil
22. CRDITSA – Résidence Hector
23. CRDITSA – Résidence Moffat
24. CRDITSA – Services externes - Saint-Jean-sur-Richelieu

25. CRDITSA – Unité régionale de réadaptation DI-TSA - Saint-Hyacinthe (Unité St-Charles)
26. CRDP – Installation Châteauguay
27. CRDP – Installation Granby
28. CRDP – Installation Saint-Hubert
29. CRDP – Installation Saint-Hyacinthe (clientèle adulte)
30. CRDP – URFI de Saint-Bruno
31. CRDP – URFI de Vaudreuil-Dorion (clientèle adulte)
32. Hôpital Anna-Laberge
33. Hôpital Barrie Memorial
34. Hôpital du Suroît

- **Normes**

Les ensembles de normes suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

***Normes relatives à l'ensemble de l'organisme***

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

***Normes sur l'excellence des services***

5. Analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
6. Déficits sur le plan du développement - Normes sur l'excellence des services
7. Imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
8. Médecine - Normes sur l'excellence des services
9. Réadaptation - Normes sur l'excellence des services
10. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
11. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
12. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
13. Soins critiques - Normes sur l'excellence des services
14. Télésanté - Normes sur l'excellence des services
15. Traitement du cancer - Normes sur l'excellence des services
16. Urgences - Normes sur l'excellence des services











- **Outil**

L'organisme a utilisé les outil suivant :

1. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

## 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. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	42	1	1	44
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	90	4	0	94
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	503	52	15	570
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	127	13	2	142
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	375	22	4	401
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	87	1	1	89
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	773	80	22	875
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	56	2	1	59
<b>Total</b>	<b>2053</b>	<b>175</b>	<b>46</b>	<b>2274</b>

## Analyse selon les normes

Les normes 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 servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

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 le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les 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 sans objet, pendant la visite d'agrément.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	44 (97,8%)	1 (2,2%)	5	32 (100,0%)	0 (0,0%)	4	76 (98,7%)	1 (1,3%)	9
Leadership	42 (89,4%)	5 (10,6%)	3	91 (94,8%)	5 (5,2%)	0	133 (93,0%)	10 (7,0%)	3
Prévention et contrôle des infections	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	69 (97,2%)	2 (2,8%)	0
Gestion des médicaments	68 (98,6%)	1 (1,4%)	9	60 (98,4%)	1 (1,6%)	3	128 (98,5%)	2 (1,5%)	12
Analyses de biologie délocalisées	35 (92,1%)	3 (7,9%)	0	40 (87,0%)	6 (13,0%)	2	75 (89,3%)	9 (10,7%)	2
Déficits sur le plan du développement	48 (90,6%)	5 (9,4%)	0	72 (85,7%)	12 (14,3%)	0	120 (87,6%)	17 (12,4%)	0
Imagerie diagnostique	58 (89,2%)	7 (10,8%)	2	60 (88,2%)	8 (11,8%)	1	118 (88,7%)	15 (11,3%)	3
Médecine	36 (81,8%)	8 (18,2%)	1	69 (90,8%)	7 (9,2%)	1	105 (87,5%)	15 (12,5%)	2
Réadaptation	38 (86,4%)	6 (13,6%)	1	71 (91,0%)	7 (9,0%)	2	109 (89,3%)	13 (10,7%)	3

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	77 (88,5%)	10 (11,5%)	1	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	116 (91,3%)	11 (8,7%)	1
Services périopératoires et interventions invasives	108 (95,6%)	5 (4,4%)	2	106 (98,1%)	2 (1,9%)	1	214 (96,8%)	7 (3,2%)	3
Soins ambulatoires	41 (93,2%)	3 (6,8%)	2	75 (97,4%)	2 (2,6%)	1	116 (95,9%)	5 (4,1%)	3
Soins critiques	38 (77,6%)	11 (22,4%)	1	100 (87,7%)	14 (12,3%)	1	138 (84,7%)	25 (15,3%)	2
Télésanté	47 (92,2%)	4 (7,8%)	1	83 (93,3%)	6 (6,7%)	0	130 (92,9%)	10 (7,1%)	1
Traitement du cancer	79 (98,8%)	1 (1,3%)	1	114 (99,1%)	1 (0,9%)	0	193 (99,0%)	2 (1,0%)	1
Urgences	62 (87,3%)	9 (12,7%)	0	105 (98,1%)	2 (1,9%)	0	167 (93,8%)	11 (6,2%)	0
<b>Total</b>	<b>859 (91,4%)</b>	<b>81 (8,6%)</b>	<b>29</b>	<b>1148 (93,9%)</b>	<b>74 (6,1%)</b>	<b>16</b>	<b>2007 (92,8%)</b>	<b>155 (7,2%)</b>	<b>45</b>

\* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité qui sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des cotes qui ont été attribuées selon les POR pertinentes.

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgence des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Gestion des événements (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Médecine)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins critiques)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Conforme	7 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Urgences)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Analyses de biologie délocalisées)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Imagerie diagnostique)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins critiques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Identification des usagers (Traitement du cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Non Conforme	2 sur 4	2 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Médecine)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins critiques)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Médecine)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Réadaptation)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins critiques)	Non Conforme	2 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Traitement du cancer)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Urgences)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3



Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	1 sur 2	0 sur 2
Prévenir la congestion au service des urgences (Leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Urgences)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Médecine)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Traitement du cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Urgences)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

**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.**

Le conseil d'administration (CA) a été constitué en septembre 2015 en réponse à la mise en place de la loi 10. La représentativité des membres est conforme aux exigences de celle-ci.

Le président du CA et le PDG sont nommés par le ministre de la Santé et des Services Sociaux. Le CA s'est doté de plusieurs comités pour optimiser son fonctionnement : comité de gouvernance et éthique, comité de vérification, comité de vigilance de la qualité, comité des soins et services, comité des ressources humaines, comité des immobilisations, et un comité ad hoc pour le projet de construction du nouvel hôpital Vaudreuil-Soulanges.

L'ensemble des procès-verbaux de ces sous-comités est transmis aux membres du CA; les sous-comités ont un pouvoir de recommandations. Le processus de prise de décisions est transparent. Les membres sont satisfaits de l'information reçue sur le plan de la clarté de l'information et du temps accordé pour en prendre connaissance.

Les rôles et responsabilités du CA sont clairs et complémentaires à ceux de l'équipe de direction. Le CA s'est doté de règlements de fonctionnement et de règles concernant les conflits d'intérêts. Tous les membres ainsi que les sous-comités évaluent leur fonctionnement. Le président du CA veut s'assurer du bon fonctionnement de ses comités et de la participation de chacun des membres. Compte tenu du temps accordé entre la création du CISSS-MO et la mise en place du CA, ce dernier n'a pu participer au choix des ambitions et des valeurs de la nouvelle entité; par contre, il y adhère complètement. Les membres du CA souhaitent contribuer aux dimensions et les améliorer en ce qui concerne l'offre de service et l'accessibilité tout en assurant une prestation de soins sûrs et de qualité.

En bref, le conseil d'administration a un fonctionnement bien structuré. Il comprend bien son rôle stratégique et ses mandats. Il est bien informé et a su dès le départ développer un esprit critique.

Le CISSS-MO est constitué de 129 points de service, répartis sur tout le territoire de la grande Montérégie. Les principaux partenaires sont les établissements d'enseignement (écoles secondaires, collèges et universités) pour un arrimage plus fin entre les programmes de formation et les besoins de l'organisation (titres d'emploi en pénurie).

Aussi, des liens étroits sont tissés avec les nombreuses ressources intermédiaires ainsi que celles de type familial.

La communauté joue aussi un rôle important par l'entremise des différents comités de résidents et comités d'usagers de proximité, de même que du comité des usagers CISSS-MO. Le CISSS-MO peut compter aussi sur ses 720 bénévoles et sur 18 fondations.

L'équipe de direction s'est bâtie progressivement au cours des derniers mois et en fonction des modalités établies suivant la réorganisation d'avril 2015. L'équipe de direction semble bien articulée et centrée sur des objectifs communs. Les directions complètent aussi progressivement leurs équipes.

Il a été raisonnable de cibler un nombre restreint d'objectifs et d'y travailler avec cohérence (La Route de la Transformation).

Il faut souligner l'apport particulier de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) dans un contexte de grande transformation pour le soutien apporté aux différentes équipes et à l'enjeu de maintenir l'ensemble du personnel (médecins, employés et bénévoles) informé tout au long du processus.

Les salles de pilotage (stratégiques, tactiques et opérationnelles) sont un excellent exemple de la philosophie de gestion élaborée et d'exercice d'appropriation.

Les défis et enjeux organisationnels sont cernés et abordés. Tout ceci est fait pour une pérennisation du CISSS-MO.

Actuellement, le CISSS-MO, comme les autres CISSS au Québec, connaît des pénuries au niveau de certains titres d'emploi. Plusieurs initiatives sont entreprises par l'équipe de recrutement-attraction-dotation, plus précisément pour les postes de préposés aux bénéficiaires et d'assistants en réadaptation.

Dans certains secteurs, une révision des rôles et responsabilités du personnel est souhaitable afin d'optimiser le plein potentiel des équipes de travail. Les modes de fonctionnement de la liste de rappel et de l'équipe volante seraient à revoir afin de maximiser une continuité des soins et l'expertise du personnel.

Il y a des projets de collaboration entre le CISSS-MO et les écoles du territoire pour assurer une formation adéquate et complète des préposés aux bénéficiaires.

Nous retrouvons tout de même plusieurs défis quant au Plan de la main-d'œuvre: neuf entités, neuf systèmes d'information, deux logiciels, etc. L'information pointue et précise est difficile à obtenir dans un tel contexte. L'équipe de la dotation est dynamique et enrichie d'expertise du secteur privé. Des approches innovatrices sont en place pour créer une image de marque pour le CISSS-MO, et de nouvelles stratégies sont aussi implantées pour rejoindre les différents publics.

En partenariat avec les autres directions, la DRHCAJ travaille sur le climat de travail organisationnel. Le sondage PULSE a été distribué et analysé sous différents angles (directions, services, titres d'emploi) et un plan de déploiement a été amorcé cet automne. Les équipes doivent maintenant s'approprier les résultats et apporter des modifications.

Le comité paritaire SST sera remis en place dans les prochaines semaines. Il est question de la gestion du stress et des risques psychosociaux selon une étude de l'INSPQ.

Des liens seront faits entre le comité paritaire SST et le secteur du développement organisationnel afin d'améliorer la santé-sécurité dans l'organisme. Le comité souhaite travailler selon les meilleures pratiques, donc forcément dans un mode prévention. Le programme d'aide aux employés est accessible.

La création du CISSS-MO a permis une amélioration de la coordination des soins et services dans l'organisme. Certains arrimages demeurent à réaliser, mais l'organisme est sur la bonne voie.

La culture de la mesure est présente, mais doit continuer à s'implanter. L'établissement des salles de pilotage au niveau stratégique est bien ancré, le déploiement est à poursuivre au niveau opérationnel. Plusieurs secteurs d'activités ont un tableau opérationnel dynamique très apprécié par les membres des équipes. Toutefois, certains défis mériteront une attention particulière. Le bilan comparatif des médicaments, l'utilisation d'abréviations dangereuses, la prévention des chutes, la double identification et le transfert de l'information sont à consolider.

Dans tous les secteurs de prestation clinique, la cohérence et la cohésion sont bien présentes. Malgré la réorganisation des programmes et des services, les intervenants restent centrés sur les besoins de la clientèle. Ils utilisent plusieurs stratégies et partenariats pour atteindre les objectifs cliniques de l'utilisateur.

Les usagers et la famille sont responsabilisés dans l'élaboration du plan d'intervention. Le personnel conserve une expertise de services spécialisés et s'adapte pour répondre aux besoins ciblés de la clientèle et aux contraintes des proches.

Les équipes de soins font preuve d'audace pour améliorer la prestation de services et le mot reviendra à de multiples reprises au cours des rencontres avec les équipes. Les objectifs ministériels de désengorgement des urgences augmentent la pression sur les équipes de travail. Dans certains services, la vétusté des locaux augmente le risque de bris de confidentialité et de transmission des infections nosocomiales.

La satisfaction de la clientèle est régulièrement sondée dans la majorité des emplacements du CISSS-MO. Tous les clients rencontrés se disent satisfaits des soins reçus au sein de l'organisme et apprécient l'humanisme des équipes rencontrées.

Plusieurs efforts de réduction des délais d'attente ont été mis en place afin d'améliorer l'accès aux soins et services en santé physique.

Des efforts de sensibilisation concernant les délais d'attente des équipes qui offrent des services en dépendance méritent ici d'être soulignés.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Transfert de l'information aux points de transition des soins</b> L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Médecine 9.11</li> <li>· Soins critiques 9.21</li> </ul>
<p><b>Identification des usagers</b> En partenariat avec les clients et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que le client reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Imagerie diagnostique 11.4</li> <li>· Analyses de biologie délocalisées 8.2</li> </ul>
<p><b>Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées</b> Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 14.6</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</b></p> <p>Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 15.7</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b></p> <p>Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Urgences 10.5</li> <li>· Services périopératoires et interventions invasives 11.6</li> <li>· Soins ambulatoires 8.5</li> <li>· Médecine 8.5</li> <li>· Réadaptation 8.5</li> <li>· Soins critiques 8.6</li> </ul>
<p><b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b></p>	
<p><b>Formation sur les pompes à perfusion</b></p> <p>Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins critiques 3.8</li> </ul>



Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Sécurité liée à l'héparine</b> La disponibilité des produits à l'héparine est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents liés à la sécurité des usagers ne sont pas entreposées dans les unités de soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 9.3</li> </ul>
<p><b>Programme de gérance des antimicrobiens</b> Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 2.3</li> </ul>
<p><b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b></p>	
<p><b>Plan de sécurité des usagers</b> Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 15.1</li> </ul>
<p><b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b></p>	
<p><b>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains</b> La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Prévention et contrôle des infections 8.6</li> </ul>
<p><b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b></p>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b> Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins ambulatoires 8.6</li> <li>· Réadaptation 8.6</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)</b> Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Médecine 8.8</li></ul>

## Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des usagers englobe des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les usagers sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou les services.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, expliquent ce qui justifie la cote attribuée et émettent des commentaires sur chaque processus prioritaire.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux processus prioritaires. Les explications qui justifient la cote de non-conformité attribuée à certains critères se trouvent en ligne dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement de l'organisme.

Veillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

**INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE LA PRÉSENTE SECTION : Les tableaux font état de tous les critères non respectés de chaque ensemble de normes, indiquent les critères à priorité élevée (qui comprennent des POR) et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.**

**Les symboles suivants accompagnent les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR :**



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR

## Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires

Les résultats dans cette section sont d'abord présentés en fonction des processus prioritaires, puis en fonction des ensembles de normes.

Certains processus prioritaires de cette section s'appliquent aussi aux normes sur l'excellence des services. Les résultats découlant des critères où il y a non-conformité et qui sont aussi liés aux services, devraient être transmis à l'équipe concernée.

### Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
12.3 Le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soient en place.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<p>Nous avons eu une excellente rencontre avec les membres du conseil d'administration (CA). Le rôle et les responsabilités du CA sont bien comprises et il y a une belle complicité avec le PDG. Le CA appuie les ambitions et les valeurs définies par l'organisme et les vit activement.</p> <p>Le CA fonctionne avec l'aide de divers sous-comités obligatoires et d'autres en fonction des défis et préoccupations. Les sous-comités fournissent leurs procès-verbaux à tous les membres du CA, qui ne sont pas exécutoires; un cadre de transparence est présent.</p> <p>Le comité de vigilance et de la qualité est actif et l'information et les rapports sont présentés trimestriellement.</p> <p>Le CISSS-MO est en bonne santé financière et travaille sur un projet d'envergure, soit le nouvel Hôpital Vaudreuil-Soulanges.</p> <p>Le CA a ses règlements et règles de fonctionnement; il s'évalue régulièrement à toutes les séances et s'assure de la participation de chacun.</p>	

Malgré la législation en vigueur, en complément de ce que le ministre de la Santé a comme obligation en ce qui concerne l'évaluation du PDG et du président du CA, le président souhaite se soumettre à une évaluation par ses membres, et compte aussi évaluer son PDG.

## Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Lors de la rencontre initiale, le PDG du CISSS de la Montérégie-Ouest nous a dressé un tableau très intéressant de la transformation en cours.

Après une période de transition pendant laquelle l'équipe de gestion a été mise en place, le plan de transformation a été élaboré: le plan se veut cohérent et intégré, et tend vers l'harmonisation et l'intégration. La transformation est en place pour un meilleur cheminement de l'utilisateur et une meilleure fluidité de la clientèle. Le plan de transformation a accru l'accessibilité à des soins et services en diminuant les délais et les listes d'attente. L'objectif est de faire en sorte que l'utilisateur se retrouve à la bonne place... de là, par exemple, l'augmentation du nombre de lits, et le rééquilibrage du matériel de diagnostic.

Donc, d'un alignement ministériel ont découlé des ambitions (couleur des locaux du CISSS) et des valeurs au nombre de cinq. De la mission et de la vision découle une philosophie de gestion qui vise l'excellence des soins et services, et cet exercice d'appropriation transparaît dans tout l'organisme. Celui-ci a déterminé six objectifs prioritaires.

Tous les membres du personnel, médecins, gestionnaires, et employés sont mis à contribution dans le cadre d'instances consultatives, tout comme les syndicats et les usagers.

Les plans opérationnels (selon une approche LEAN) qui en découlent sont suivis par des salles de pilotage stratégiques, tactiques et opérationnelles; les suivis de ces plans sont périodiques et l'état d'avancement est diffusé. Le mécanisme est très transparent et toutes les équipes concernées travaillent dans le même sens.

Aussi, une initiative très intéressante est la mise sur pied du comité de direction et du comité de coordination pour assurer un calibrage inter-directorat.

Les liens avec les partenaires sont bien établis, que ce soit les tables intersectorielles ou les liens avec les écoles, collèges et universités.

Un programme conjoint de formation entre l'école secondaire et le CISSS a été élaboré pour un cours de préposé aux bénéficiaires (titre d'emploi en pénurie).

Le point de vue des usagers est pris en compte grâce à des structures en comité des usagers, sondage de satisfaction, bénévoles, fondations, plaintes, etc.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest consolidera cet apport par la dotation d'un poste conseil patient-partenaire.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

La gestion des ressources financières est faite avec beaucoup de rigueur.

Le cycle budgétaire, la production des rapports et le suivi est fait périodiquement. La direction des ressources financières a mis plusieurs outils à la disposition des gestionnaires pour qu'ils puissent bien suivre leur budget, car ils en sont responsables et doivent rendre des comptes.

Le comité de vérification prend acte des résultats financiers, et son président les présente aux membres du conseil d'administration.

Il existe une méthodologie pour procéder à la réallocation financière en fonction de critères comme l'effet sur la clientèle, l'effet sur les RH, le risque médiatique, la perception interne, l'entente de services et la capacité de réalisation.

Le CISSS-MO est félicité pour sa bonne santé financière.



## Processus prioritaire : Capital humain

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

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Nous avons rencontré des membres de l'équipe de la direction des ressources humaines/communications et affaires juridiques très motivés et mobilisés. Ils ont su, au cours de cette période de transition et de transformation, se préparer au nouveau CISSS-MO tout en appuyant l'organisme.

L'équipe nous présente rapidement sa planification de la main-d'œuvre et met en évidence les titres d'emploi en pénurie.

De plus, l'équipe démontre sa créativité et sa proactivité dans les exercices de recrutement (maillage avec les écoles affiliées, moyens de communication plus efficaces par les médias sociaux...).


Il faut mentionner l'initiative des entrevues d'intégration des nouveaux employés entre 60 et 90 jours. Le CISSS-MO, au niveau RH, est le résultat de 9 entités, 9 systèmes d'information et 32 accréditations différentes; les défis sont immenses.

L'équipe a cerné ses priorités et harmonise ses politiques, procédures et descriptions de tâches en fonction de l'attrition et des occasions qui se présentent.

La qualité de vie au travail et la santé-sécurité font l'objet de campagnes de prévention basées sur les meilleures pratiques (implication très grande dans les secteurs de la réadaptation, où 30 % des actes violents sont comptabilisés).

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
12.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques.	!
12.3 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme établit des plans d'atténuation des risques.	!
12.4 La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme.	!
12.5 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
15.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.	
15.1.2 Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés.	<b>SECONDAIRE</b>
15.1.3 Le plan comprend la sécurité des usagers sous forme de priorité ou de but stratégique formulé par écrit.	<b>PRINCIPAL</b>
15.1.4 Des ressources sont allouées pour favoriser la mise en oeuvre du plan sur la sécurité des usagers.	<b>SECONDAIRE</b>
15.2 La responsabilité de mettre en oeuvre et de surveiller le plan de sécurité des usagers et de diriger les activités d'amélioration de la sécurité des usagers est confiée à un conseil, à un comité, à un groupe ou à une personne.	



- 15.7 Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.

Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.

Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.

- 15.7.1 Une politique et une procédure sur le bilan comparatif des médicaments sont en place pour recueillir et utiliser des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur à tous les points de transition des soins.
- 15.7.2 Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.
- 15.7.3 Un plan est en place pour mettre en oeuvre le bilan comparatif et en assurer le maintien. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.
- 15.7.4 Le plan organisationnel est dirigé et maintenu par une équipe de coordination interdisciplinaire.
- 15.7.5 Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent la formation pertinente.

**PRINCIPAL**

**PRINCIPAL**

**PRINCIPAL**

**SECONDAIRE**

**PRINCIPAL**

15.7.6 La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.

SECONDAIRE

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Les gestionnaires rencontrés sont très sensibilisés à la qualité des soins et à une prestation sécuritaire. Les comités de gestion des risques et de vigilance sont actifs et produisent des rapports à l'intention du CA.

Les outils habituellement disponibles sont utilisés: feuille de déclaration des incidents/accidents, feuille d'aide à la divulgation et mesures de suivi, suivi des événements sentinelles et rapports de coroners, analyse prospective.

Ce qui démarque le CISSS-MO est son appropriation de la gestion intégrée de la qualité par la mise sur pied des salles de pilotage (stratégiques, tactiques et opérationnelles). Cet effet en cascade amène une cohérence dans l'organisme qui tend vers des objectifs communs et priorités en fonction des attentes ministérielles et des objectifs organisationnels.

Par ailleurs, on note que malgré des activités de gestion des risques et de sécurité, il n'y a pas de plan intégré de ces activités.

L'expérience usager est à ses premiers balbutiements.

## Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
1.7 Un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.8 Le cadre d'éthique définit les processus de gestion des problèmes, des dilemmes et des préoccupations liés à l'éthique.	
1.10 Du soutien est fourni afin de renforcer la capacité du conseil d'administration, du personnel d'encadrement et des équipes à utiliser le cadre d'éthique.	
1.13 Le cadre d'éthique englobe un processus pour examiner les répercussions éthiques des activités de recherche menées par l'organisme ou auxquelles il participe.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Nous avons eu une rencontre très agréable avec le comité d'éthique clinique. Les membres sont emballés et apparaissent très compétents.

Il y a eu une réflexion importante quant à la mise sur pied de ce comité CISSS-MO. L'organisme a acquis les services d'une personne experte dans la mise sur pied des comités d'éthique clinique au Québec et sa pratique est basée sur les meilleures pratiques que nous retrouvons dans le monde.

Le CISSS-MO voulait s'assurer d'un comité performant et viable; donc, l'option d'un comité central composé d'experts n'a pas été retenue car trop fragile sur le plan de la pérennité.

Il y a eu un appel à tous, bien sûr, avec un intérêt pour l'éthique, et le gestionnaire devait aussi approuver la candidature et l'appuyer.

Soixante-dix personnes se sont manifestées. Après le processus d'entrevue, vingt (20) personnes possédant des expériences de travail différentes et provenant d'emplacements géographiques diversifiés ont été retenues. L'approche du comité est de créer un réseau d'agents multiplicateurs, où les personnes ou les équipes aux prises avec une problématique peuvent en discuter dans un premier temps avec des membres du comité avant une demande de consultation bien structurée.

La publicité liée au comité d'éthique clinique débutera en janvier 2018 (mandat, objectifs, comment le joindre...).

Il existe aussi une entente avec le CIUSSS de la Mauricie-et-du-centre-du-Québec lorsqu'il y a besoin de faire appel à un comité d'éthique de la recherche.

Il y aurait actuellement une trentaine de projets de recherche en cours dans le CISSS-MO. Par contre, l'ensemble des activités décrites ne sont pas documentées ou intégrées dans un cadre conceptuel ou un plan intégré.

## Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'équipe des communications a mis en place plusieurs modes de communication pour assurer une fluidité des communications dans l'ensemble de l'organisme, que ce soit sous forme électronique Portail transitoire, Espace CISSS-MO ou papier.

Le service des communications a émis des politiques et procédures qui structurent les messages ainsi que les responsabilités des différents intervenants.

L'équipe est impliquée et apporte son soutien à différentes directions et projets comme l'accompagnement stratégique des directions (bascule clinique en réadaptation), le programme d'accès aux services en langue anglaise, les activités de reconnaissance et le programme d'identification visuelle.

Les règles sont bien respectées en ce qui concerne la confidentialité, la vie privée, l'accès à l'information et la sécurité des actifs informationnels.

## Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
9.2 Il y a des mécanismes pour obtenir l'apport des usagers et des familles afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.	
<b>Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives</b>	
3.4 Les systèmes de canalisations de gaz médicaux, y compris les ensembles de raccordement basse pression, les régulateurs de pression et les unités terminales, sont certifiés et vérifiés chaque année.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le Centre de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSS-MO) compte un très grand parc immobilier (129 installations réparties sur un très vaste territoire), ce qui représente un défi important en ce qui concerne le respect continu des normes pour tous ces bâtiments. À ce propos, la direction des services techniques a réalisé une évaluation de l'état de désuétude de tous les bâtiments du CISSS-MO, portrait qui permet de prioriser les prochaines mesures à mettre en œuvre. Plusieurs projets de conformité aux normes sont prévus, notamment les salles d'endoscopie qui présentaient des enjeux pour le croisement des zones souillées et propres, une problématique qui est également constatée dans différents secteurs du CISSS-MO. L'établissement est invité à revoir la conception de ces secteurs où les zones souillées et propres se côtoient.

Un plan préliminaire d'optimisation du parc locatif a été élaboré et a permis d'établir des recommandations à mettre en œuvre au cours des prochaines années.

Un cadre de référence CISSS-MO a été élaboré pour les projets immobiliers (PCFI et PCEM). Le processus est bien défini et est appuyé par un comité de travail.

Le plan clinique pour la construction du futur hôpital de Vaudreuil-Soulanges est réalisé et est maintenant à l'étape de plan fonctionnel et technique. À cet effet, l'établissement a procédé à la nomination d'un directeur qui aura le mandat de concrétiser ce projet mobilisateur pour les employés et les gestionnaires. Ce projet d'envergure est une belle occasion pour le CISSS-MO de demander la participation des usagers en vue de la conception de l'aménagement physique de ce nouvel hôpital afin qu'il réponde à leurs besoins.



En attendant l'ouverture de cet hôpital, la population peut notamment compter sur les services offerts au CLSC Vaudreuil-Soulanges. Ce CLSC offre des services rehaussés qui permettent de compléter les services hospitaliers, notamment en offrant des services d'endoscopie.

Finalement, en cohérence avec sa mission de maintenir la santé et le bien-être de la population, plusieurs projets d'impact sur l'environnement ont été élaborés au CISSS-MO, tels que l'installation de panneaux solaires et la récupération de chaleur à différentes sources.

## Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Nous avons eu droit à une excellente présentation du coordonnateur des mesures d'urgence et de la sécurité civile. Cette équipe a un projet ambitieux de devenir le chef de file dans le développement des compétences en mesure d'urgence et en sécurité civile pour le réseau de la santé et services sociaux. Nous encourageons fortement l'équipe à poursuivre ses efforts en ce sens. L'équipe a un plan d'action priorisé qui vise la mise en œuvre de mesures.

Le plan des mesures d'urgence est documenté. Les rôles et responsabilités des personnes en autorité (200) et du personnel sont clairs.

La valise de garde est informatisée.

Le matériel didactique utilisé est agréable et suscite l'intérêt.

Le personnel peut retrouver aux endroits appropriés des affiches pour simplifier et en même temps sécuriser les interventions.

Il y a eu uniformisation des codes de couleurs et adaptation des systèmes téléphoniques.

Des exercices de code rouge ont lieu régulièrement, et ce, dans toutes les installations. Le CISSS-MO a aussi été exposé à six situations d'urgence au cours des six derniers mois. La dernière année a été fort occupée avec les inondations qu'a connu la région au printemps dernier; l'équipe est toujours en phase de rétablissement auprès de ces clientèles affectées.

Au niveau des épisodes de pandémie, le service de prévention et contrôle des infections est omniprésent. Le personnel, les bénévoles et les visiteurs ont l'information pertinente connaissent les diverses mesures de prévention et de protection.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'établissement dispose d'un processus de gestion des lits efficace et structuré.

L'établissement a adopté un processus systématique pour résoudre les situations d'engorgement critique au service des urgences. Le processus prévoit différentes dispositions selon le degré de « criticité » de chaque événement.

Il est intéressant de noter que, non seulement le personnel cadre, mais aussi le personnel au chevet de l'utilisateur est sensibilisé et participe au processus afin d'assurer un cheminement optimal des usagers.

La participation des médecins à la « rencontre de codes » est grandement appréciée et utile.

La présence de l'infirmière liaison du soutien à domicile aux rencontres facilite les liens avec la première ligne.

Des places réservées au P4 et P5 dans un groupe de médecine familiale est un exemple des efforts entrepris pour faciliter l'accès à des soins de santé.

Bien que les équipes tentent de prendre en compte les besoins et les attentes des usagers, les activités courantes et les activités d'amélioration continue pourraient refléter de façon plus formelle l'apport des usagers et de leurs familles.

Des efforts importants portent fruits, notamment la diminution de près de 10 usagers par jour à l'urgence de l'Hôpital du Suroît.

Ces efforts touchent plusieurs secteurs: ajout de 12 lits à l'Hôpital Anna-Laberge et de 19 lits à l'Hôpital du Suroît, des investissements pour le soutien à domicile, le plan Niveau de soins alternatifs, la réorientation des ambulances pour le secteur de Beauharnois, et la bonification de la première ligne.

Il y a eu aussi l'optimisation du bloc opératoire à l'Hôpital de Barrie Memorial, la fluidité des services qui a maintenant une direction, des projets au programme 0-6 ans, le programme AVD/AVQ et autres.

Il reste cependant de grands défis, notamment la communication en temps réel des activités dans tous les secteurs, incluant UTRF, URFI et l'hébergement.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Imagerie diagnostique</b>	
8.6 Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux clients.	!
8.7 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
8.8 L'équipe suit les politiques et les procédures de l'organisme et les instructions du fabricant pour choisir des méthodes appropriées de nettoyage, de désinfection et de retraitement.	
8.10 L'équipe range l'équipement et les appareils diagnostiques conformément aux instructions du fabricant et les sépare de l'équipement souillé et des déchets.	
8.11 L'équipe dispose d'un processus qui permet de retracer tout l'équipement et tous les appareils diagnostiques en cas de panne ou de défaillance du système de retraitement.	
8.12 La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement et de stérilisation dans l'organisme surveille la conformité de l'équipe aux politiques et aux procédures de l'organisme sur le nettoyage et le retraitement.	
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
2.4 Une personne est nommée responsable de la supervision de la qualité et de la coordination de tous les services de retraitement de l'organisme, ce qui inclut le retraitement effectué à l'extérieur de l'URDM.	!
3.2 L'URDM est conçue de manière à empêcher la contamination croisée des dispositifs médicaux, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les aires de travail.	!
3.4 L'URDM compte une aire de décontamination qui est physiquement séparée des autres aires de retraitement et du reste de l'organisme.	!

3.6	L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
5.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
6.7	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
7.9	Les politiques et les PON sont mises à jour régulièrement et approuvées en conformité avec les exigences de l'organisme, s'il y a lieu.	!
9.7	Pour chaque nettoyeur et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.	!
11.3	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
11.8	Les appareils d'endoscopie souples sont rangés adéquatement suivant les directives du fabricant de manière à réduire les risques de contamination et les dommages.	!
15.9	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

L'établissement s'est doté d'un système complet de gestion de ses équipements médicaux. Le système encadre les aspects de l'acquisition, de la mise en service, de l'entretien préventif et de la gestion des réparations en continu. Ces processus sont bien documentés et soutenus par des systèmes d'information.

Le programme d'entretien préventif est bien structuré. Les équipements ont été répertoriés et évalués en fonction de leur niveau de criticité. Ces critères s'appuient sur le niveau d'impact sur la santé de l'utilisateur.

En ce qui concerne les équipements médicaux, des mécanismes pour garantir la sécurité des usagers sont en place, tels que la gestion des incidents accidents, un processus de rappel et des plans de contingence en cas de panne.

De nombreuses activités de retraitement sont effectuées un peu partout dans le CISSS. Certaines unités de retraitement se conforment entièrement aux normes, d'autres nécessiteraient quelques travaux mineurs pour les rendre conformes, alors que d'autres encore seront à rénover, notamment pour les services d'endoscopie. Des plans sont par ailleurs prévus à cet effet.

En ce qui concerne la conformité des activités de retraitement effectuées dans les URDM, elles sont très bien réalisées et sécuritaires. Toutes les équipes rencontrées sont très consciencieuses, centrées sur la qualité et la sécurité, et très mobilisées par leur travail. De nombreux audits qualité sont réalisés pour assurer la conformité et la sécurité du matériel. L'unité de retraitement d'Anna Laberge a implanté le système d'information qui lui permet de faire le suivi des instruments. L'établissement est invité à étendre le système à tous ses services de retraitement.

L'initiative de créer un comité qualité CISSS qui se réunit sur une base régulière est à souligner. Ce comité s'est doté d'une politique d'assurance de la qualité qui est en cours d'élaboration. Le comité a également pour mandat d'harmoniser les différentes pratiques. Le comité est invité à soutenir ses activités par la détermination d'indicateurs qualité qui pourront être suivis sur une base régulière.

Au cours des différents traceurs effectués par l'équipe de visiteurs, il a été constaté que de nombreuses activités de retraitement sont réalisées un peu partout dans les différents établissements et services cliniques. La réalisation de ces activités ne se fait pas toujours selon les normes de pratique et mériteraient d'être mieux encadrées ou encore rapatriées à une unité de retraitement. L'encadrement et la surveillance de ces activités hors service de l'URDM doivent être sous la responsabilité des chefs de service du retraitement. L'établissement est invité à consolider la supervision de ces activités afin d'en améliorer la conformité.

## Résultats pour les normes sur l'excellence des services

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des ensembles de normes, puis des processus prioritaires.

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

### **Leadership clinique**

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### **Compétences**

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

### **Épisode de soins**

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'utilisateur tout au long de l'épisode de soins.

### **Aide à la décision**

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

### **Impact sur les résultats**

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

### **Dons d'organes et de tissus**

- Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.

### **Gestion des médicaments**

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

### **Prévention des infections**

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.



### **Services de diagnostic – Imagerie**

- Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

**Analyses de biologie délocalisées**

- Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.

**Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service**

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>	
3.2 Les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD reçoivent de la formation continue et du perfectionnement. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15.	
3.3 L'organisme évalue chaque année le rendement des professionnels de la santé qui effectuent des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.4 Dans le cadre de l'évaluation de leur rendement, les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD doivent systématiquement fournir des preuves de leurs compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement des professionnels de la santé qui effectuent des ADBD.	
4.5 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou un professionnel de la santé ayant les compétences requises s'assure que les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD ont reçu la formation nécessaire avant qu'une nouvelle PON ou une PON révisée ne soit mise en oeuvre.	
6.5 L'organisme retire sans tarder de l'inventaire les fournitures, les réactifs et les milieux de culture servant aux ADBD qui sont inappropriés, périmés ou détériorés, ainsi que ceux qui ne correspondent pas aux critères de qualité, et les met au rebut.	
8.2 En partenariat avec les clients et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que le client reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 8.2.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que le client reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les clients et les familles.	 <b>PRINCIPAL</b>



8.7	Les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD portent de l'équipement de protection individuel (EPI) conformément aux directives du fabricant ou aux PON de l'organisme.	!
8.8	Les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD enlèvent l'ÉPI avant de quitter la zone d'analyse.	
10.1	L'organisme dispose d'un processus d'amélioration de la qualité des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.2.2, 4.2.4.	!

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

L'équipe de direction des laboratoires a effectué un grand effort d'harmonisation de ses pratiques de gestion des ADBD depuis la création du CISSS Montérégie-Ouest. Les travaux ont été menés par une équipe interdisciplinaire pilotée par l'équipe de biologie médicale. Des politiques et procédures générales encadrant la gestion et l'utilisation des ADBD sont en place ainsi que des formulaires de résultats. Pour chacune des composantes, des responsables ADBD ont été nommés et leurs rôles et responsabilités sont clairement définis. La qualité du soutien technique du personnel du laboratoire aux utilisateurs et la maîtrise des processus d'assurance de la qualité par les responsables ADBD sont à souligner, et ce pour les trois installations. Le registre des utilisateurs accrédités est maintenu à jour rigoureusement et l'accès aux appareils est contrôlé. Les équipes ADBD sont très bien soutenues par les biochimistes responsables, ce qui assure une surveillance médicale efficace et pertinente.

Il reste quelques défis à relever pour le comité interdisciplinaire ADBD, comme l'instauration d'un programme de formation continue et d'évaluation des compétences des utilisateurs afin de soutenir la démarche qualité.

Lors du traceur clinique, la double identification et le port de gants n'ont pas été effectués avant l'analyse selon plusieurs observations, ce qui souligne l'importance de refaire les formations et les évaluations de compétences régulièrement. Des fournitures périmées pour les ADBD ont aussi été notées dans une unité de soins.

Le temps alloué au responsable pour la gestion des ADBD dans les différents sites est variable. Il est souhaitable d'allouer suffisamment de temps pour faire la gestion de l'inventaire, la validation des formations, les évaluations de compétences et la planification des audits dans les différentes unités.

Des indicateurs de qualité pour les ADBD sont ciblés et une revue annuelle est effectuée par le comité interdisciplinaire. Cependant, il est recommandé d'élaborer un plan d'amélioration de la qualité et d'établir des objectifs mesurables pour évaluer le rendement des ADBD, mettre en place des mesures correctives et consigner l'information, dans le but d'améliorer la qualité des services.

## Ensemble de normes : Déficits sur le plan du développement - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.5 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
3.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
3.6 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
3.7 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
4.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
4.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
12.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
13.2 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	

16.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
16.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
16.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	
16.7	Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.	
16.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
16.10	L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.	
16.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

En collaboration avec les autres CISSS de la Montérégie, le CISSS de la Montérégie-Ouest a bien cerné les nouveaux besoins des usagers desservis par leurs services et les programmes qui en découlent à mettre en place, tant au niveau de l'hébergement que de l'intégration au travail ou des activités contributives. Les salles de pilotage en cours d'installation permettront de suivre les processus cliniques et d'opérationnaliser les plans d'action.

La participation des usagers et des familles auprès des équipes dans la création de ces nouveaux programmes fondés sur des données probantes donnent une valeur ajoutée.

##### Processus prioritaire : Compétences

Les usagers peuvent compter sur des équipes multidisciplinaires engagées, compétentes, et soucieuses de leur offrir des services sécuritaires et de qualité. Les formations reçues par le personnel correspondent aux besoins repérés chez les usagers. Tout nouvel employé a accès à plus d'une semaine de formation et d'orientation, garante d'une préparation efficace et pertinente pour faire face à ses nouvelles responsabilités. Des coordonnateurs cliniques seront bientôt en place pour venir appuyer les chefs de service et les intervenants et, ainsi, faciliter le maintien et le développement des compétences du personnel. Il s'agit d'un enjeu important, car les changements imminents de membres de l'équipe prévus pour certains postes cliniques en lien avec la réorganisation en cours pourraient éventuellement affecter l'expertise et l'expérience nécessaires à l'octroi de services spécialisés auprès des usagers.

Les évaluations de rendement ont été reprises cette année dans le cadre d'un calendrier s'étalant sur deux ans.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'harmonisation des programmes, des politiques, des procédures et des processus est en cours en raison de la fusion d'anciens CRDI et des Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort rendue nécessaire par la Loi 10, mais aussi en raison du mandat régional confié au CISSS de la Montérégie-Ouest.

Dans ce nouveau cadre, des correctifs significatifs ont été mis en place pour diminuer les listes d'attente et favoriser l'accessibilité aux services spécialisés. Les cliniques d'évaluation TSA se sont également mobilisées en ce sens et facilitent le premier service en offrant aux parents une participation à des groupes (ABC) qui leur permet de se responsabiliser et de se qualifier pour mieux faire face aux besoins spécifiques de leur enfant. Ceci dit, la prise en charge de l'usager en attente d'un service spécialisé reste sous la responsabilité des intervenants des services spécifiques: l'épisode de services étant évalué et circonscrit en services spécialisés, l'usager pourrait déjà être placé sous la responsabilité d'un intervenant de l'équipe de ces services spécialisés, ce qui aurait pour effet de réduire l'anxiété des personnes concernées et de favoriser positivement les transitions, de même que l'orientation de la personne, de façon plus optimale, vers le bon service au bon moment et au bon endroit.

Chaque équipe clinique a intégré positivement la démarche de travailler en épisodes de services avec l'objectif de l'autonomisation et de l'intégration des personnes dans la communauté grâce à des plans d'intervention significatifs pour l'usager. Pour soutenir ces démarches, des programmes sont en cours d'élaboration au niveau opérationnel. Compte tenu des nombreuses situations de comorbidité, des corridors de services vers les programmes de santé mentale sont à consolider. De plus, pour plusieurs services, la participation de pédiatres et de pédo-psychiatres viendrait répondre aux besoins des usagers, mais aussi soutenir les équipes TGC (trouble grave du comportement), DI (déficience intellectuelle), TSA (trouble du spectre de l'autisme), et RGD (retard global du développement).

La formation du personnel en éthique est à déployer afin de lever une certaine confusion témoignée par le personnel, mais aussi afin de lui permettre d'utiliser ce levier pertinent à la mise en œuvre de décisions cliniques éclairées.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'informatisation des dossiers des usagers facilite la standardisation de la collecte, de la saisie et de la consignation des données tout en favorisant l'accessibilité et le partage des renseignements par l'ensemble des intervenants. Par contre, le guichet d'accès unique, une fois mis en place, aura à gérer deux systèmes informatiques sans interface (SIPAD et I-CLSC). La clinique régionale d'évaluation des troubles complexes du développement, quant à elle, gagnerait également en rendement si elle pouvait s'appuyer sur un système informatique.

Le personnel gestionnaire en particulier émet le souhait de pouvoir utiliser de façon fonctionnelle des visioconférences afin de diminuer leurs charges en lien avec leurs nombreux déplacements.



L'apport des usagers et des familles gagnerait à être formalisé en vue d'apporter des améliorations de façon continue aux processus mis en place.


**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'établissement est encouragé à demeurer proactif pour achever la normalisation d'un processus susceptible d'obtenir de façon plus systématique la participation ou l'apport des usagers et des familles au niveau de ses différentes instances décisionnelles.

La promotion de la sécurité des usagers et de la gestion des risques restent à parfaire, notamment en ce qui concerne la sécurité des personnes souffrant de troubles graves du comportement : à cet égard, l'unité St-Charles offre des services spécialisés dans un contexte qui pourrait être remis en question sous cet angle de la sécurité et de la gestion des mesures de contrôle par l'isolement. La rigueur apportée par les professionnels dans les plans d'intervention (par l'entremise d'analyses et d'interventions multimodales) dans le contexte de tentatives de réduction de troubles graves du comportement, ne peut être efficace que si elle est portée par des intervenants stables et formés. Dans le contexte de pénurie de personnel, les défis sont importants, mais ils sont relevés par une équipe motivée, soucieuse de résultats, et appuyée par une communauté de pratique et par le SQETGC (Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement).

## Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
<p>2.3 Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.</p> <p>2.3.4 Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens, telles que la vérification et la rétroaction, un formulaire d'antimicrobiens ciblés et des indications approuvées, de la formation, des formulaires d'ordonnance d'antimicrobiens, des lignes directrices et des cheminement cliniques pour l'utilisation d'antimicrobiens, des stratégies de simplification ou d'allègement du traitement, l'optimisation de la posologie et la conversion parentérale à orale des antimicrobiens (le cas échéant).</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>4.4 L'efficacité des activités de formation relatives à la gestion des médicaments est évaluée régulièrement et des améliorations sont apportées au besoin.</p>	
<p>9.3 La disponibilité des produits à l'héparine est évaluée et limitée afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents liés à la sécurité des usagers ne sont pas entreposées dans les unités de soins.</p> <p>9.3.3 Des mesures sont adoptées pour limiter la disponibilité des produits à l'héparine suivants dans les unités de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'héparine de faible masse moléculaire : l'utilisation de fioles à usage multiple est réservée aux secteurs de soins critiques pour le dosage des traitements;</li> <li>• les produits à l'héparine non fractionnés (dose élevée) : un total supérieur ou égal à 10 000 unités par contenant (par ex., 10 000 unités/1 ml; 10 000 unités/10 ml; 30 000 unités/30 ml) est fourni uniquement à certains usagers lorsque nécessaire;</li> <li>• les produits à l'héparine non fractionnés administrés par intraveineuse (par ex., 25 000 unités/500 ml; 20 000 unités/500 ml) sont fournis uniquement à certains usagers lorsque nécessaire.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>

9.3.4	Lorsqu'il est nécessaire que les produits à l'héparine mentionnés ci-haut soient disponibles dans certaines unités de soins, un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles ils doivent être disponibles et des mesures de protection sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.	PRINCIPAL
14.6	Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en oeuvre.	 PRINCIPAL
14.6.2	La « liste d'éléments à proscrire » est mise en oeuvre et elle s'applique à tous les documents portant sur les médicaments, qu'ils soient écrits à la main ou saisis à l'ordinateur.	PRINCIPAL
14.6.3	Les formulaires préimprimés relatifs à l'utilisation des médicaments ne comprennent pas d'abréviations, de symboles ou de désignations de dose qui figurent sur la « liste d'éléments à proscrire ».	PRINCIPAL
14.6.7	Le respect de la « liste d'éléments à proscrire » est vérifié et des changements sont apportés aux processus en fonction des problématiques cernées.	SECONDAIRE
15.1	Le pharmacien examine toutes les prescriptions et les ordonnances de médicaments émises dans l'organisme avant l'administration de la première dose.	!

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

La gestion des médicaments au CISSS-MO est coordonnée principalement par le comité de pharmacologie et les comités de gestion des médicaments. Malgré la situation de manque de ressources humaines, plusieurs projets majeurs nécessitant beaucoup de gestion du changement ont été entrepris par l'équipe de la pharmacie au cours des deux dernières années pour assurer avec succès la qualité et la sécurité de toutes les étapes du circuit du médicament dans les deux pharmacies. Une mention spéciale va aux services pharmaceutiques exceptionnels implantés à l'Hôpital Barrie Memorial suivant le rapatriement du contrat de services pharmaceutiques.

Par contre, trois POR ne sont pas encore satisfaites et certaines mesures correctives peuvent être mises en place rapidement pour corriger la situation: gestion des héparines.


Dans les unités de soins des hôpitaux et les différents points de services, plusieurs projets interdisciplinaires ont été amorcés, mais restent à achever pour atteindre les objectifs de qualité et de sécurité: liste des abréviations à proscrire.

La gérance des antimicrobiens déjà amorcée avec des outils informatiques devrait s'assortir d'une présence accrue des pharmaciens dans les unités de soins pour favoriser les interventions en temps réel et obtenir un impact qualitatif direct.

Le bilan comparatif des médicaments devrait être amorcé dans un secteur stratégique (service des urgences de l'Hôpital Anna Laberge) pour cibler les admissions par l'ajout de temps assistant-technique.



## Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>	
3.10 L'équipe évalue et documente le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
4.4 La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des clients avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.	!
5.1 L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	!
6.5 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement du client pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
6.7 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
10.4 L'équipe comprend ses rôles et ses responsabilités dans les cas où les clients sont incapables de prendre des décisions éclairées et doit faire appel à une personne chargée de prendre des décisions au nom du client.	
11.4 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 11.4.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	  <b>PRINCIPAL</b>
15.3 L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.	!
15.4 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
16.3 Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	!

## Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

### Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie

L'équipe d'imagerie médicale établit des partenariats avec les centres hospitaliers du CISSS-MO et les laboratoires d'imagerie médicale privés pour offrir des services d'imagerie diagnostique coordonnés.

L'accès aux services est rigoureusement suivi par les équipes, et des mesures ont été mises en place afin d'atténuer certains obstacles (p. ex. les heures d'ouverture). En cas de délais importants, des mesures correctives sont prises afin de remédier à la situation, comme l'utilisation des partenariats et l'ouverture des plages horaires de soir. Un budget spécial a permis une augmentation des plages horaires de soir en tomodensitométrie et résonance magnétique.

L'équipe utilise un système de reconnaissance vocale pour la transcription des rapports d'imagerie médicale. Il y a toutefois utilisation de personnel de transcription.

L'équipe dispose de profils de postes qui définissent les compétences, les rôles et les responsabilités. Nous encourageons l'organisme à mettre à jour les profils de poste utilisés, car certains profils de postes datent de quelques temps.

Nous encourageons l'équipe à mettre par écrit la structure de gestion avec les liens et les responsabilités hiérarchiques clairement définis.

L'équipe respecte les politiques et les procédures établies par l'organisme pour l'administration de médicaments tels que les opacifiants intravasculaires, les tranquillisants et les produits radiopharmaceutiques. Nous soulignons les efforts déployés pour résoudre, avec les collaborateurs, le nombre plus élevé de réactions allergiques en tomodensitométrie.

Tout le personnel qui doit administrer des opacifiants ou produits radiopharmaceutiques doit avoir été formé pour traiter les urgences médicales. De plus, des exercices de simulation doivent être réalisés afin de créer les réflexes chez le personnel.


Nous encourageons l'équipe à signaler, consigner et analyser les incidents ou accidents évités de justesse et les événements indésirables en temps opportun. Certains événements devraient être documentés (à titre d'exemple, tout bris d'équipement).



L'optimisation des plateaux techniques et, par le fait même, la diminution des délais d'attente, est la réalisation dont les équipes sont les plus fières. La mise en place de la cogestion clinico-médicale, qui est en cours d'implantation, est très prometteuse pour l'organisme.

Le remplacement des équipements radiologiques et la pénurie de main-d'œuvre sont de grands défis pour l'équipe. Nous avons noté, dans les sondages de satisfaction de la clientèle, que la confidentialité est un enjeu. Certains postes d'accueil auraient avantage à être améliorés pour permettre la confidentialité de l'information.

---

## Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
6.3 Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.	
7.9 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
7.15 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
<p>8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>8.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p>	 <b>PRINCIPAL</b>

8.5.2	Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.4	Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.5	L'utilisateur, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8	<p>Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.</p> <p>NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	
8.8.2	Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8.3	Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.	<b>SECONDAIRE</b>
9.11	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
9.11.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	<b>PRINCIPAL</b>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
12.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	

<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
13.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.
13.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.
14.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.
14.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.
15.3	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.
15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.
15.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	

L'équipe de la direction de médecine connaît bien la clientèle qu'elle dessert. L'équipe a mis en place une salle de pilotage pour faciliter le suivi des objectifs de la direction. Un suivi rigoureux des indicateurs est fait et des mesures sont prises lorsque l'on constate des écarts significatifs par rapport à la cible visée. Il est intéressant de constater que la durée moyenne de séjour diminue, preuve que les efforts sont récompensés. L'équipe de gestion se réunit régulièrement pour partager l'information et établir les objectifs communs. Chaque gestionnaire est responsable de faire ses rencontres de groupe sous forme de réunions debout pour chaque quart de travail au moins une fois semaine afin de diffuser l'information pertinente.

Un comité multidisciplinaire de planification de congé a été formé pour la clientèle de 75 ans et plus. L'équipe de gestion accorde de l'importance à la valeur AUDACE. Elle appuie les projets novateurs, et ce, dans le respect des normes établies.

On a observé une belle collaboration et un partage entre les intervenants. Les trajectoires pour la médecine sont bien établies entre les partenaires, et ce, dans un esprit de collaboration. L'équipe fait preuve de créativité afin d'assurer un bon roulement des lits dans un contexte de criticité de la clientèle, tout en ayant un souci de sécurité et d'accessibilité aux soins et services.

### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de travail se fait confiance et l'esprit d'entraide est palpable dans les différents secteurs. Une équipe interdisciplinaire est en place dans chacun des secteurs. Elle se réunit à quelques reprises durant la semaine ou de façon ponctuelle dans un esprit de convivialité professionnelle. La rencontre est animée par l'assistante infirmière-chef qui agit comme un chef d'orchestre. La rencontre vise l'orientation des services offerts à la clientèle. Même si chaque professionnel est responsable de son suivi, l'équipe est encouragée à produire un plan de service interdisciplinaire afin que l'ensemble des intervenants puisse voir rapidement les objectifs visés.

Au Sûroit, la mise en place d'une nouvelle pratique pour les professionnels est amorcée et promet de bons résultats. L'équipe est encouragée à analyser cette nouvelle pratique et à en faire un suivi serré.

Un programme d'orientation spécifique dans les unités de soins est en place en partenariat avec la direction des soins infirmiers. Un processus d'évaluation du rendement est variable d'un service à l'autre. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour faire des évaluations du rendement de façon plus régulière.

Les rôles et les responsabilités des équipes de soins infirmiers sont à revoir afin que chacune joue son rôle à son plein potentiel. L'équipe de gestion est fortement encouragée à s'associer avec la direction des soins infirmiers pour définir les différents rôles.

Les équipes de travail peuvent recourir à des conseillères en soins infirmiers pour répondre à leurs questions de formation ou à des questionnements particuliers qui touchent la pratique de soins infirmiers. Différentes activités de reconnaissance ont lieu. Notons particulièrement l'envoi d'une carte postale d'appréciation à un collègue de travail. Belle initiative.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le service de médecine dessert plusieurs unités de soins où on peut observer une prise en charge de la clientèle par une équipe dynamique, professionnelle et compétente. Les unités sont propres quoique un peu encombrées. L'équipe dispose de chambres privées ou semi-privées qui favorisent une certaine confidentialité et la gestion des bactéries multirésistantes. À l'étage du deuxième est à Anna Laberge, l'unité souillée est à aire ouverte et juxtapose l'utilité propre. On suggère de faire ajouter une porte pour faire de cet espace un local fermé.

Des projets de réaménagement des unités ont eu lieu ou des travaux sont sur le point de s'amorcer en vue de favoriser une prestation de soins plus sécuritaires. La prévention des infections fait partie intégrante des discussions. L'équipe a un souci de la qualité des soins et une rigueur dans ses gestes.

L'accessibilité aux services de médecine se fait en partenariat avec le gestionnaire des lits de l'organisme. Chaque usager a un plan de soins complet et individualisé. Les soins et traitements sont prodigués selon un plan de travail en lien avec les rôles et les responsabilités de chaque intervenant. Les tâches sont réparties selon la charge de travail et ajustées au besoin. Les usagers sont pris en charge dès leur arrivée par une équipe interdisciplinaire et une évaluation clinique est effectuée. La surveillance des usagers varie selon la pathologie.

Le consentement aux soins n'est pas toujours signé. L'équipe est encouragée à s'assurer que ledit consentement est obtenu par l'usager ou sa famille, le cas échéant.

L'équipe s'assure du respect des pratiques organisationnelles requises et s'y conforme pour la plupart.

Cependant, le suivi de la thromboprophylaxie veineuse n'est pas constant. L'équipe est encouragée à trouver un mécanisme pour s'assurer du respect de cette pratique. L'équipe a accès à des personnes ressources lorsqu'elle rencontre des situations cliniques complexes.

La transmission de l'information aux points de transition se fait de façon verbale ou écrite entre les quarts de travail et lors d'un transfert vers une autre unité de soins. Lorsque l'information aux points de transition est écrite parfois de façon électronique ou dans des outils maison, celle-ci n'est pas consignée au dossier de l'usager. L'équipe doit discuter des moyens de consigner cette information au dossier de l'usager. Les usagers ou les familles ont accès à un soutien spirituel s'ils le demandent.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Tout usager a un dossier actif qui respecte les normes en vigueur dans l'établissement. Cependant, certains membres du personnel infirmier consignent leurs notes d'observation à l'encre verte ou rouge. L'équipe est incitée à harmoniser la rédaction des notes d'observation infirmières. L'accessibilité au dossier est facile, mais les outils de documentation cliniques sont dans plusieurs cartables ou livres dans les cases du dossier de l'unité. L'équipe est encouragée à trouver des moyens pour s'assurer que des documents légaux ne soient pas perdus et surtout de regrouper les différents outils pour faciliter la documentation et le travail de l'équipe des soins infirmiers. La documentation de référence (méthodes de soins, etc.) pour le personnel est disponible en format électronique dans les différents postes de travail. De plus, les supports informatiques rendent l'information disponible plus rapidement quant aux résultats de laboratoire, d'imagerie, et d'outils de travail.

L'information est partagée entre les membres de l'équipe de soins, dont les préposés aux bénéficiaires, afin d'assurer une continuité des soins. Lors du départ de l'usager, les renseignements pertinents lui sont remis pour que celui-ci les communique à son médecin de famille. En cas de transfert au centre référent suivant le consentement aux soins, l'information pertinente est photocopiée et acheminée afin d'assurer la continuité des soins.



**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe a accès aux données probantes et les utilise pour donner les meilleurs soins possibles. Le suivi des incidents-accidents est fait avec les équipes de travail afin de trouver des solutions. L'équipe a un plan d'amélioration continue de la qualité.

Les familles sont présentes et sont informées de l'état de leurs proches régulièrement. L'équipe encourage les familles à participer aux soins de leurs proches.

Dans certaines situations critiques ou de soins de fin de vie, les familles peuvent rester au chevet. Une équipe de soins palliatifs est en place pour guider les intervenants dans ces situations. Les membres de l'équipe connaissent le comité d'éthique. Selon les usagers ou familles rencontrés, le personnel est poli et respectueux.

L'équipe a une première expérience avec l'ajout patient-partenaire dans le continuum de l'accident vasculaire cérébral. L'équipe est encouragée à poursuivre ses démarches pour donner plus de place et le droit de parole aux usagers. Néanmoins, l'équipe fait des sondages de satisfaction de la clientèle qui servent de leviers à l'amélioration continue de la qualité.



**Processus prioritaire : Prévention des infections**

Le service de la prévention et du contrôle des infections est sous le leadership de la direction des soins infirmiers. Ce leadership, qui est très bien assumé, a permis de positionner l'importance de cette pratique à un niveau stratégique. De plus, la co-gestion médicale avec les microbiologistes est bien implantée, ce qui permet d'avoir une pratique en conformité avec les meilleures pratiques.



Les activités du service de PCI sont sous la responsabilité de l'adjointe du directeur. Avec son équipe, on a réussi à faire en sorte que la prévention des infections soit très bien intégrée dans tous les secteurs d'activité. L'équipe de la PCI est participe notamment à différents projets et son expertise pourrait être sollicitée davantage en amont de tous les projets de réparation, rénovation et construction. Le service de PCI est invité à se pencher sur la proximité de zones souillées et propres dans divers secteurs et installations du CISSS. Plusieurs situations présentant des risques ont été observées par les différents visiteurs au cours de leurs traceurs.

Les activités de surveillances sont bien réalisées, mais les statistiques sont compilées à l'aide d'outils maison. L'acquisition d'un système d'information leur permettrait d'aller plus loin dans leurs analyses et possibilités. De plus, les gains en temps et en efficience leurs permettraient de réaliser davantage d'activités de prévention et d'accompagnement des équipes sur le terrain.

Les activités de sensibilisations et de formation pour le lavage des mains sont nombreuses et variées. Il y a une volonté de diversifier les approches afin de bien rejoindre les publics cibles. Les sondages et les antécédents sont particulièrement à souligner.

De nombreux audits sont réalisés pour valider la conformité aux bonnes pratiques d'hygiène des mains. Ils sont déployés dans la majorité des secteurs du CIUSSS et l'ensemble des gestionnaires du CISSS-MO sont encouragés à multiplier eux aussi la réalisation d'audits dans leurs secteurs, car la prévention des infections est d'abord et avant tout l'affaire de chacune des personnes participant de près ou de loin à l'offre de service.

## Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.5 Des renseignements précis et complets sont communiqués à l'utilisateur et à la famille en temps opportun tout en respectant le souhait de l'utilisateur de prendre part à la prise de décision.	
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
8.5.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6 Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
8.6.1 Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	<b>SECONDAIRE</b>
8.6.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	<b>SECONDAIRE</b>

- 10.8 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

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

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

- |       |                                                                                                                                                                                                                                             |   |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 13.2  | La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.                                                      |   |
| 13.3  | Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.                                        | ! |
| 13.4  | Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.                                                                   | ! |
| 13.5  | Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.                                                                                                                            | ! |
| 14.5  | Les incidents liés à la sécurité des usagers sont déclarés selon la politique en vigueur dans l'organisme et consignés dans le dossier de l'utilisateur et de l'organisme, s'il y a lieu.                                                   | ! |
| 15.1  | Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires. |   |
| 15.2  | Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.                            |   |
| 15.11 | Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.                                                          |   |

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Les gestionnaires sont formés en gestion du changement, ce qui est un atout dans la transformation actuelle. La coordination clinique au sein du programme est particulièrement solide en ce qui concerne le

suivi de l'efficacité et de la qualité des interventions. Leur présence permet de saisir les enjeux cliniques et de répondre aux nécessités du personnel pour une meilleure satisfaction des besoins de la clientèle. Un exemple concret est l'achat d'équipements spécialisés et la mise en place de groupes d'activation avec les organismes pour répondre à une augmentation de la clientèle en blessés médullaires de haut niveau. La coordination clinique est un catalyseur pour mobiliser la créativité des équipes dans une recherche participative de solutions. Ce travail d'équipe est une réussite ayant des effets tangibles sur la santé des individus. Le leadership des équipes est également présent dans l'harmonisation des pratiques et l'offre de services en TCC légers. Le leadership clinique est une force au sein du CISSS-MO et l'organisme est encouragé à soutenir ces ressources dans le contexte de changement.

L'utilisateur et les proches participants au processus de réadaptation et sont des acteurs de premier plan dans l'élaboration et les suivis des plans d'intervention. Le projet FORCES et le comité sur le continuum AVC sont le premier pas de l'organisme pour intensifier la participation des usagers à l'offre de services et à la programmation. L'organisme est encouragé à poursuivre en intégrant ces partenaires essentiels de soins dans les composantes cliniques et administratives, pour amener le programme vers une culture du patient-partenaire.

Les tables régionales représentent des forums importants dans le contexte de la réorganisation des trajectoires AVC et dans les résolutions de difficultés de la région montréalaise.

Le programme compte sur plusieurs partenariats solides formels et informels avec le continuum de soins et la collectivité. L'organisme est encouragé à poursuivre la solidification de ces canaux et le maintien de ces liens cliniques dans la transformation. Plusieurs acteurs pourraient changer dans la bascule clinique et modifier l'efficacité et la fluidité des échanges actuels. L'organisme est encouragé à rester à l'affût de ce risque et à continuer de favoriser la participation des partenaires à l'offre de services du programme.

Un beau défi s'offre au CISSS-MO avec l'élaboration du programme des maladies dégénératives. Cette occasion représente un beau levier pour mobiliser les équipes dans la création d'un modèle et amener les partenaires et les usagers à prendre part à l'offre de services et à la mise en place des protocoles de soins.

### Processus prioritaire : Compétences

Les équipes de la réadaptation sont passionnées, mobilisées, empathiques et centrées sur la clientèle. Les intervenants possèdent une grande capacité d'adaptation et une créativité qui est encouragée par un milieu prônant les idées émergentes et les innovations de pratique. Cette créativité est grandement mise au profit de la clientèle pour personnaliser la réadaptation à l'aide de stratégies adaptées aux besoins de chaque usager.

Le programme de réadaptation possède un processus clair et structuré d'accueil des nouveaux employés. La structure assure un soutien clinique et administratif et aborde la philosophie d'approche. Le jumelage à un mentor pour une période variable selon les besoins du nouveau membre de l'équipe permet une aisance d'intégration, ainsi qu'une qualité et une sécurité d'intervention. Le suivi des nouveaux employés

est bien encadré. L'organisme est encouragé à maintenir l'évaluation de rendement de tous les employés du programme.

L'approche collaborative entre les membres de l'équipe, avec les partenaires de soins et les partenaires communautaires, assure un continuum de soins et une réponse interdisciplinaire aux besoins de la clientèle.

Les membres de l'équipe ont accès en continu à plusieurs formations en lien avec les meilleures pratiques. La libération d'employés au profit des écoles d'enseignement, les dîners causeries, le soutien des coordonnateurs aux bonnes pratiques et les abonnements à des moteurs de recherche ne sont que quelques exemples du souci d'application des données probantes au niveau clinique. L'organisme est encouragé à poursuivre dans cette voie et à assurer des rencontres régulières d'échanges professionnels pour des discussions de cas et des partages d'expertise. Ce besoin pourrait être grandissant dans la bascule clinique. Le maintien des compétences et de l'expertise sera un enjeu dans le contexte de la réorganisation des programmes clientèle. Dans un contexte de transition, les journées professionnelles permettant des partages d'expertise seraient une avenue pour maintenir et rehausser les compétences de tous les intervenants du programme selon les assignations. L'organisme est encouragé à s'assurer également du maintien des rôles clés dans les différents sites' comme les secouristes, pour assurer leurs pérennités dans chaque milieu.

On trouve une pénurie d'intervenants psychosociaux dans quelques milieux de réadaptation, entre autres à Châteauguay. L'organisme est bien au fait de la situation et tente de recruter du personnel. Nous encourageons la poursuite de ces efforts pour satisfaire rapidement et pleinement les besoins de la clientèle et soutenir les membres de l'équipe interdisciplinaire.

Le milieu de réadaptation de Granby est une zone névralgique sur le plan de l'accès aux services. La petite équipe se retrouve en bris de service aisément avec le départ d'un intervenant, comme c'est le cas actuellement en orthophonie. L'organisme est encouragé à assurer des liens étroits et fluides avec la liste de rappel et la dotation pour une meilleure satisfaction des besoins de la clientèle.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

La direction et les intervenants sont conscients des enjeux d'accès aux services. Plusieurs stratégies sont en place pour diminuer les délais d'admission dans les secteurs, comme l'utilisation de plusieurs groupes thérapeutiques. Cet enjeu demeure un défi pour tous les secteurs de la réadaptation et sera encore plus de taille avec la trajectoire AVC. L'organisme est encouragé à poursuivre ses réflexions pour diminuer l'attente tout en maintenant la qualité des soins et services. L'apport d'un usager pourrait enrichir cette réflexion.

Le transport de la clientèle sur un territoire si vaste reste un défi régional et l'organisme est encouragé à solliciter la participation de ses partenaires et des usagers à la réflexion pour que cet enjeu ne soit pas un obstacle à l'accès aux services de réadaptation.

Tous les usagers et les proches rencontrés mentionnent la qualité des interventions, l'humanisme des individus et le souci de l'équipe de répondre à leurs besoins. Cette dernière force est perceptible dans la participation de l'usager dans sa réadaptation. L'usager et ses proches sont mobilisés dans la préparation et la participation au plan d'intervention. Les équipes ajustent les horaires de ces discussions selon les disponibilités des familles. Les intervenants abordent les aspects socio-occupationnels par une approche holistique et accompagnent la clientèle dans la reprise des habitudes de vie, des activités importantes et du travail. L'équipe interdisciplinaire fait preuve de créativité en utilisant tout un éventail de stratégies d'intervention pour répondre aux besoins de la clientèle. Elle a également rassemblé une vaste gamme de ressources communautaires pour accompagner les usagers dans une vie productive.

La communication entre les professionnels et l'équipe de soins est fluide et permet la transmission de l'information sur l'évolution de l'autonomie de l'usager. Les usagers sont encouragés à participer activement à la routine du matin et à la gestion de leurs horaires journaliers. L'enseignement de la médication est une pratique courante et l'autogestion des médicaments est tentée lorsqu'il y a des doutes sur la capacité de l'usager. L'organisme est encouragé à poursuivre l'auto-détermination de l'usager dans toutes ses habitudes de vie dans l'unité de réadaptation. Nous invitons également l'organisme à poursuivre ses efforts pour créer un travail d'équipe intégré au sein des unités de réadaptation fonctionnelle intensive.

Le fonctionnement est limité par des employeurs distincts des soins infirmiers et des professionnels. On constate la différence de cohésion clinique entre autres dans l'utilisation d'une approche en silo pour la gestion de la continence et d'une autre pour l'autonomisation de la clientèle. L'absence de l'infirmière aux plans d'intervention démontre la limite du travail interdisciplinaire sur les unités.

On retrouve des protocoles de soins complets, des lignes directrices cliniques et l'application des bonnes pratiques au sein des équipes de réadaptation. L'organisme est encouragé à revoir la procédure de prévention de chutes pour en faire un protocole de soins standardisé interdisciplinaire pour tous les secteurs de réadaptation et adapté à la réalité différente des services ambulatoires et des unités de soins. Le processus d'accueil des usagers hospitalisés dans les unités est structuré et fournit l'information essentielle pour une adaptation rapide et une autodétermination dans la réadaptation. Les services ambulatoires sont encouragés à adopter une procédure pour favoriser l'accueil, expliquer le processus de réadaptation et répondre aux questions et préoccupations des usagers. L'inclusion d'un usager nouvellement admis dans cette réflexion serait une avenue à envisager. L'organisme est encouragé à se pencher également, le plus tôt possible, sur la notion de fin de traitement auprès de la clientèle.

Tout le programme de réadaptation est dynamique et créatif, et on y trouve plusieurs pratiques individuelles et structurées innovantes. Une mention spéciale va au programme de gestion de la douleur qui, par une approche interdisciplinaire, vise l'autonomisation et les saines habitudes de vie de la clientèle par des enseignements, l'exploration et la reprise d'activités importantes. Des usagers nous ont mentionné l'excellence du programme axé sur leurs objectifs personnels, l'amélioration de leur état et des gains au niveau de l'estime de soi. Un usager a mentionné pouvoir maintenant jouer avec ses enfants sans augmentation de la douleur.



Les programmes régionaux spécialisés sont cohérents et structurés, et possèdent une spécialisation solidement ficelée. Les enjeux d'offre de services restent des préoccupations au niveau de la conduite auto et l'accès aux communications; par contre, le partage d'information relativement à ces délais par des appels et une lettre limite les inquiétudes et les attentes de la clientèle. L'éthique de soins des intervenants dans ses deux programmes est exemplaire. La clientèle jeunesse présente un défi de taille pour l'arrimage et le continuum de soins et d'équipement avec les commissions scolaires. La perte des tables spécialisées pour ce programme limite les échanges et le pouvoir de modifier les entraves à certains arrimages de soins communs.

Le service d'aide technique est d'une structure et d'une fluidité impressionnantes. Le travail interdisciplinaire et complémentaire permet une grande efficacité de la prescription à la livraison. La valorisation des fauteuils roulants est bien ancrée dans le programme. Le service itinérant qui rejoint les différentes régions et le service de dépannage permanent représentent une belle réponse aux besoins de la clientèle et de la Montérégie.

### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Dans une visée d'efficacité et d'accès rapide aux services, la mise en place du guichet unique permet une entrée standardisée et coordonnée de toutes les demandes de services en réadaptation et aux programmes régionaux. Ce processus d'accueil, d'analyse et d'orientation a eu un impact sur les délais d'attente aux différents services. La procédure claire et simple pour tous les référents facilite le traitement des demandes par un outil simplifié adapté aux spécificités des programmes régionaux. Un travail est à poursuivre pour diminuer les délais d'accès autant pour la clientèle ambulatoire que pour les unités de réadaptation fonctionnelle intensive. Les demandes de services multiples dans la zone géographique et dans la région métropolitaine sont une pratique qui limite l'efficacité de l'accès aux soins.

Dans tous les secteurs de réadaptation, on constate la présence de processus clairs d'évaluation et de transmission d'information sur la santé physique, psychique et sociale de chaque usager. Le partage des renseignements se fait en continu pour s'assurer que l'utilisateur n'ait pas à répéter les mêmes renseignements lors d'un transfert et lors de son admission dans le programme.

Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, et il inclut le formulaire de consentement éclairé de l'utilisateur. L'organisation des services ambulatoires est encouragée à demander lors de la première visite une copie à jour de la liste de médicaments de la clientèle.

Les intervenants sont bien au fait des lois régissant la tenue de dossier et la confidentialité. Le dossier hybride actuel, numérisé et manuscrit, dans le programme, rend un portrait fragmenté de l'utilisateur. L'organisme est encouragé à déployer le SIPAD comme outil de tenue de dossier dans l'ensemble des secteurs. Ce mode uniformisé démontrera avec justesse toute l'approche clinique interdisciplinaire du programme de réadaptation.

Un outil digne de mention dans le programme de déficience physique est le guide de préparation au plan d'intervention. Ce formulaire est un bel exemple d'autonomisation de la clientèle dans l'élaboration de ses propres objectifs de traitement, et démontre l'importance qu'accorde l'équipe à centrer ses interventions selon les besoins et les priorités des usagers et de leurs proches.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

On a effectué un énorme travail d'harmonisation au cours des dernières années. On retrouve dans le CISSS-MO un groupe de gestionnaires engagés qui ont à cœur le soutien aux équipes dans le changement, la standardisation des meilleures pratiques et la qualité des soins et services.


Le plan de transition pour la bascule clinique est complet et aborde les éléments de risque au niveau de la clientèle et des intervenants. L'organisme est encouragé à procéder à cette réorganisation et à rester vigilant sur le plan de l'expertise clinique et du climat organisationnel. La coordination clinique est une force au sein de l'organisme et sera un appui essentiel dans cette bascule. La communication transversale, le soutien clinique et des pairs, les regroupements professionnels et l'identification des experts seront des stratégies à soutenir dans le maintien des compétences.

Les intervenants ont un souci de la sécurité de la clientèle dans toutes les activités. Les membres de l'équipe adoptent une saine gestion des risques dans un contexte de réadaptation. L'organisme est encouragé à assurer la déclaration systématique de toutes les chutes pendant les heures soins et les séances de thérapie.

L'amélioration continue de la qualité se fait quotidiennement dans les unités par des initiatives de développement. On retrouve au sein de l'organisme plusieurs projets pilotes, comme le SIPAD, qui servent de repères pour un déploiement. Les tableaux stratégiques et tactiques sont implantés au sein de la direction et l'amorce des tableaux opérationnels ne peut que mobiliser les intervenants dans l'amélioration continue de la qualité et le développement de la culture de la mesure. Le dynamisme clinique sera sans doute enrichissant dans ce processus d'amélioration continu de la qualité.

Depuis l'implantation du CISSS-MO, la satisfaction de la clientèle n'est plus structurée et compilée. Les gestionnaires ne reçoivent que les commentaires d'insatisfaction des usagers pour orienter l'amélioration des services. L'organisme est encouragé à reprendre ces évaluations, sources importantes d'information pour la prise en charge des défis des milieux cliniques.

## Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
6.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
11.6 SOINS EN MILIEU HOSPITALIER SEULEMENT : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
11.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
11.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
11.6.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	<b>PRINCIPAL</b>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
21.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	

24.7 Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.



25.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.



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

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

En général, bien que les équipes tentent de prendre en compte les besoins et les attentes des usagers, les activités courantes et les activités d'amélioration continue pourraient refléter de façon plus formelle l'apport des usagers et de leurs familles.

L'espace ne permet pas des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles, notamment à la chirurgie d'un jour ou lors de l'entretien avec l'anesthésiste.

Les sondages et le questionnaire sur l'expérience vécue par l'utilisateur sont un bon point de départ pour assurer l'apport des usagers et des familles dans les soins et services. Le comité des usagers l'est certainement aussi pour la planification, l'organisation et la conception des services. L'organisme est encouragé à poursuivre en ce sens, de manière à favoriser la participation de plus en plus d'usagers dans le processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services.

#### Processus prioritaire : Compétences

Des formations à l'interne sont offertes régulièrement au personnel et les formations externes sont soutenues selon la disponibilité des ressources. Dans ce dernier cas, la formation est partagée avec les autres membres de l'équipe au retour de la formation.

En ce qui concerne les pompes à perfusion, tout le personnel utilisateur a été formé. Chaque année, le personnel remplit anonymement un questionnaire sur les compétences. Les résultats de ce questionnaire sont déposés dans chacun des secteurs. Par conséquent, il n'est pas possible de connaître le niveau de compétence de chacun des individus. L'établissement aurait avantage à s'interroger sur la compétence de chaque membre de l'équipe à utiliser de façon sécuritaire les pompes à perfusion.

L'organisme favorise assurément l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaires de l'équipe de soins.

L'évaluation du rendement pour le nouveau personnel est réalisée. Cependant, pour ce qui est de la réévaluation, l'information obtenue confirme qu'elle est peu ou pas réalisée.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Aux blocs opératoires, les équipes travaillent de façon cohésive et sont centrées sur la sécurité des soins aux usagers.

L'enseignement préopératoire est bien structuré dans tous les sites et contribue efficacement à la coordination des soins et des services préopératoires et à l'offre de soutien à l'utilisateur à toutes les étapes.

Sur le plan des unités de soins chirurgicaux, les équipes multidisciplinaires s'activent à prodiguer des soins basés sur les meilleures pratiques aux clientèles de chirurgie. Les membres des équipes participent activement aux orientations des unités, à leur fonctionnement et à l'amélioration continue des soins et des services. Cependant, il n'existe pas de meilleur schéma thérapeutique pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition dans certains sites.

Des antibiotiques prophylactiques sont administrés par des membres qualifiés de l'équipe, probablement dans le délai approprié. Cependant, selon l'information obtenue, il n'y a pas de preuve à cet effet. Nous encourageons l'équipe à planifier des audits pour vérifier si l'administration se fait effectivement dans le délai approprié.

Le temps d'arrêt est un élément très important afin d'assurer la sécurité des usagers. Ce temps doit être utilisé avec rigueur et sérieux au même titre que l'acte chirurgical.

En ce qui concerne les protocoles de traitement de suivi systématique pour PTH et PTG, ceux-ci auraient avantage à être harmonisés dans tous les milieux afin d'offrir la même qualité de soins à tous les usagers du CISSS-MO.

Bien qu'il y a eu de l'amélioration, les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services périopératoires et interventions invasives demeurent un défi pour l'organisme. On encourage ce dernier à cerner et à éliminer ces obstacles, avec l'apport des usagers et des familles.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers. Cependant, l'apport des usagers et des familles dans la conception du processus serait à implanter.

Les dossiers révisés lors de la visite sont complets et propices à la prestation de services cliniques sûrs et de qualité.

Cependant, des abréviations dangereuses y figurent, notamment en ophtalmologie à l'Hôpital Anna-Laberge, où l'on retrouve des abréviations « OS, OD ». De plus, ces abréviations sont présentes sur le formulaire de consentement aux soins.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité. Les efforts devraient être poursuivis pour obtenir l'apport des usagers et des familles.

Toutes les équipes des différents sites sont à l'affût des meilleures pratiques. Le nouveau regroupement de l'ensemble des établissements de santé devrait permettre à chaque site de tirer parti de l'expertise des autres sites.

Dans la plupart des sites, les équipes ont mis en place toute l'approche nécessaire à l'identification des objectifs d'amélioration continue de la qualité, en collaboration avec les membres de l'équipe. Des indicateurs ont été définis et sont suivis périodiquement lors des réunions d'équipe.

Il existe une culture de déclaration des événements indésirables et les gestionnaires sont enclins à utiliser les résultats pour améliorer les soins et les services.

De façon formelle, l'apport des usagers touchant des aspects de l'impact des résultats est rare. Un questionnaire sur la satisfaction de l'expérience vécue par l'utilisateur est un point de départ, mais le CISSS-MO aurait avantage à poursuivre des démarches structurées favorisant l'apport des usagers et des familles, de même que la collaboration et le partenariat avec ceux-ci.


#### **Processus prioritaire : Gestion des médicaments**


La gestion et l'administration sécuritaires des médicaments au bloc opératoire est une préoccupation constante de l'ensemble des équipes. Toutes les politiques et procédures sont en place pour en assurer l'encadrement.

Les médicaments sont entreposés de façon sécuritaire et, dans tous les sites, les narcotiques sont conservés sous clé.

Le contenu des chariots de médicaments dans le bloc opératoire est standardisé pour chacun des hôpitaux. Étant donné que des anesthésistes peuvent offrir des services dans les trois hôpitaux, il serait intéressant d'envisager une standardisation du contenu des chariots dans l'ensemble des blocs opératoires du CISSS-MO.

## Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.5 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le modèle de prestation de soins de l'organisme.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.13 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
7.14 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
8.1 L'état de santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	!
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.	
8.5.1 Les types d'utilisateurs des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi sont précisés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2 En ce qui a trait aux utilisateurs des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, la fréquence à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments est précisée et consignée.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.3 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>

8.5.4	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.	PRINCIPAL
8.5.5	Les écarts entre les sources d'information sur les médicaments sont réglés en partenariat avec l'usager et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.	PRINCIPAL
8.5.6	Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et conservée dans le dossier de l'usager.	PRINCIPAL
8.5.7	L'usager et le prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL
8.6	Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
8.6.1	Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	PRINCIPAL
8.6.2	L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
8.6.3	L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
8.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
8.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

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

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Le leadership clinique est présent et les équipes soulignent leur appréciation. Les changements des deux dernières années sont parfois plus difficiles dans certains établissements où l'historique de changement de chef n'a pas permis une évolution et une intégration aussi rapides que dans les autres installations.



Le soutien apporté aux cadres est remarquable et à souligner. La volonté d'intégrer l'utilisateur et la famille dans la prise de décisions est évidente. Le temps permettra aux équipes de s'ancrer solidement dans l'intégration des processus cliniques et elles seront en mesure d'inclure petit à petit les usagers et les familles au leadership clinique.

#### Processus prioritaire : Compétences

La formation et le perfectionnement des membres des équipes de soins ne sont pas définis en fonction de l'apport des usagers et des familles. Toutefois, il faut souligner l'initiative judicieuse de la pochette d'orientation au CLSC Kateri, qui renferme les modalités d'évaluation de l'employé et contient les outils nécessaires à l'exercice du travail de toute nouvelle personne embauchée dans le service.

Le modèle de prestation de soins, bien que similaire dans chacune des installations, fait référence aux auto-soins et à la responsabilisation de l'utilisateur. Il y aurait lieu, si tel est le cas, de le formaliser et de l'inclure dans un contexte de développement des compétences des équipes soignantes.

Les équipes bénéficient grandement du retour de l'infirmière-chef en ce qui a trait aux bons coups réalisés par celles-ci. Il y aurait lieu de poursuivre les efforts d'intégration des processus et de formaliser la présence d'un tableau des améliorations apportées au cours de l'année afin que les équipes réalisent les efforts d'amélioration déployés et l'écoute qu'ils reçoivent de leurs chefs respectifs.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les rendez-vous sont donnés avec le souci de ne pas créer de longues listes d'attente dans les différentes cliniques des services ambulatoires. Des plages horaires sont rapidement dégagées par les médecins et les équipes en place pour faire face à l'achalandage. Toutefois, il y aurait lieu de revoir le système téléphonique dans son ensemble. L'utilisateur éprouve encore des difficultés à obtenir l'accès à la clinique de son choix et les délais d'attente en ligne se font sentir.

Le bilan comparatif des médicaments n'est pas un élément que l'équipe regarde lorsque l'utilisateur vient en clinique externe spécialisée, de même qu'à la clinique de relance. Il y aurait lieu de se questionner sur la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments pour certaines cliniques dont la relance est directement liée au suivi des usagers de l'urgence et de voir s'il est possible d'améliorer le suivi des usagers à ce niveau.

Un plan de soins individualisé pourrait sans doute être adapté pour certains usagers qui viennent consulter dans certaines cliniques de soins ambulatoires. Une réflexion pourrait se faire en commençant par les usagers qui sont plus à risque ou qui sont de grands consommateurs de soins et services. Il en va de même pour les usagers présentant un risque de chute qui viennent en orthopédie et qui sont une clientèle plus vulnérable.

Les membres des équipes rencontrés détiennent pour la plupart de nombreuses années d'expérience en services ambulatoires et sont totalement voués à assurer des soins et des services à la population qui se présente. Une infirmière nous a mentionné avoir eu à donner des soins à près de 23 usagers au cours d'une seule journée. Il faut prévoir des mécanismes pour assurer une charge de travail adéquate et maintenir la qualité des soins dans son ensemble.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'entreposage, la tenue et la classification des dossiers médicaux respectent les normes et critères prévus par la loi. Le service des archives s'assure de faire le suivi lorsque l'usager demande l'accès à son dossier médical.


Des travaux sont en cours d'achèvement pour l'implantation de la cueillette de données de soins infirmiers CISSS.


Les annonces ont été faites auprès des équipes et ces dernières sont en voie d'appropriation. La cueillette de données inclut des questions en lien avec les risques de chute. Il serait bon de prévoir, lors de la révision, le bilan comparatif des médicaments.


#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Un calendrier des audits est affiché et permet d'assurer un suivi régulier des POR mises en place, comme la double identification des usagers. Les données en lien avec la gestion des risques sont disponibles pour les coordonnateurs, comme le suivi des erreurs médicamenteuses. Ces renseignements statistiques pourraient être directement acheminés aux chefs des unités de soins, faisant ainsi en sorte qu'au moment de la rencontre avec la coordonnatrice, une amorce de plan d'action ait été faite et discutée. Cela permettrait aux équipes de recevoir la compilation des risques liée à leur secteur d'activité et de les corriger rapidement. Cela se fait et a très bien commencé; il faut seulement fournir les outils nécessaires à la prise de décisions, et ce, le plus rapidement possible en indiquant les tendances de manière à ce que les équipes soient informées des lacunes à la prestation sécuritaire des soins et à la mise en œuvre des améliorations.

## Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.8 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<p>3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>3.8.2 Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services;</li> <li>• qui reviennent d'un congé prolongé;</li> <li>• quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées;</li> <li>• quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis.</li> </ul> <p>Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.</p>	  <b>PRINCIPAL</b>

3.8.4	Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.	PRINCIPAL
3.11	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
4.7	Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'utilisateur au sein des équipes et entre elles.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
1.8	Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.	
6.1	Des critères normalisés sont utilisés pour déterminer si les usagers potentiels ont besoin de services de soins intensifs.	
7.15	Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.	!
8.6	Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
8.6.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	PRINCIPAL
8.6.2	Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	PRINCIPAL
8.6.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.6.4	Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL

8.6.5	L'utilisateur, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	<b>PRINCIPAL</b>
9.11	Un outil de dépistage du délire est utilisé, en partenariat avec l'utilisateur et la famille, pour déterminer si l'utilisateur présente des symptômes de délire.	
9.21	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
9.21.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	<b>PRINCIPAL</b>
9.21.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	<b>PRINCIPAL</b>
9.21.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	<b>PRINCIPAL</b>
9.21.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</li> </ul>	<b>SECONDAIRE</b>
10.3	Une ou plusieurs rencontres interdisciplinaires avec les usagers et les membres de leur famille sont prévues dans un lieu privé.	
10.7	Dans la mesure du possible, la présence des membres de la famille de l'utilisateur dans la chambre est permise durant les interventions d'urgence.	
11.9	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

13.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.

!

14.2 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

15.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.

15.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.

!

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

!

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

!

16.4 Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.

!

16.7 Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

!

17.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.

!

17.4 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

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

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Les services sont offerts afin de répondre aux besoins de la population du territoire. L'équipe connaît très bien le profil de sa clientèle. L'équipe de gestion des soins critiques est très axée sur la qualité des soins et services. Son niveau d'imputabilité est très élevé. Un comité de soins intensifs est en place à Anna Laberge. Il serait intéressant que ce comité soit lié au CISSS-MO afin de favoriser le partage des connaissances et de bonnes pratiques. Un suivi des indicateurs est fait sous forme de tableau de bord. Différents audits sont faits, notamment sur le lavage des mains. Des plans d'action en partenariat avec d'autres secteurs sont élaborés avec des échéanciers.

Notons particulièrement celui sur la planification du départ d'une usagère sous respirateur pour le domicile. Advenant une surcharge de travail, des ajouts de personnel sont faits pour répondre aux besoins de la clientèle. Les rôles et les responsabilités sont bien définis pour l'équipe interdisciplinaire. L'organisme a un défi important pour intégrer les usagers et les familles dans les prises de décisions. L'équipe est encouragée à réfléchir aux différentes stratégies pour y parvenir. L'équipe de gestion est proactive et est en mode solution lorsqu'une problématique survient. La direction clinique appuie les gestionnaires de premier niveau dans la prise de décisions et le suivi des plans d'action d'amélioration continue de la qualité est fait dans la salle de pilotage.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les équipes de travail sont dévoués et dynamiques. Malgré la pénurie de personnel dans ces secteurs, le climat de travail est bon et une belle complicité existe dans les équipes de soins. En soins infirmiers, le temps supplémentaire est monnaie courante. Le recrutement est variable d'un site à l'autre. Dans plusieurs cas, du personnel de l'équipe volante a été formé aux soins critiques. Cependant, ce personnel est envoyé dans d'autres secteurs. L'équipe de gestion devrait trouver des pistes de solution pour favoriser la rétention de ces personnes de l'équipe volante. Des efforts constants sont déployés pour faciliter l'attraction et la rétention du personnel afin d'éliminer le temps supplémentaire. Chaque secteur de soins critiques a un programme d'orientation complet et spécifique à son milieu. De plus, un programme de formation est planifié annuellement selon les objectifs organisationnels et les intérêts des intervenants. Les profils de postes font présentement l'objet d'une harmonisation dans le CISSS.

Les rôles et responsabilités dans ces secteurs sont à réviser pour tenir compte de la nouvelle réalité de gestion clinique-administratif. L'organisme organise des activités de reconnaissance annuellement et de façon plus modeste dans les secteurs spécifiques. L'équipe contribue à la formation des étudiants qui effectuent des stages de formation dans différents titres d'emploi. L'évaluation du rendement est variable d'un site à l'autre et l'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour la mettre en œuvre. Différents moyens de communication sont utilisés pour rejoindre le personnel soignant, dont les réunions debout. Il est surprenant de constater qu'au Sûroit, plusieurs membres du personnel infirmier de différentes unités de soins travaillent en jeans. L'équipe est encouragée à se doter d'une politique sur la tenue vestimentaire.

La formation sur les pompes n'est pas offerte de façon systématique lors de retour de congé de maternité ou de maladie. L'équipe est encouragée à formaliser la formation sur les pompes annuellement et au retour de congés prolongés.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les usagers sont pris en charge par une équipe de professionnels compétents, dévoués et engagés qui ont à cœur le rétablissement de la clientèle. On y trouve une diversité des talents qui fait la force de l'équipe. L'équipe médicale prend en charge la clientèle dans une approche de globalité. Il n'y a pas de critères d'admission au Sûroit, et ceux d'Anna Laberge remontent à 2011. L'équipe est encouragée à réfléchir à des critères d'admission normalisés. L'équipe professionnelle est appuyée par des internistes dans un contexte de multidisciplinarité. L'accès aux examens diagnostiques, aux laboratoires et aux consultants est facile et rapide en cas d'urgence ou pour assurer le suivi de l'état de l'utilisateur. À l'Hôpital du Sûroit, les chambres sont petites, et certaines sont séparées par des rideaux, ce qui entraîne des risques pour la confidentialité et la transmission des infections nosocomiales. On suggère à l'équipe de gestion de réfléchir à un réaménagement physique qui répond aux normes de 2017. Un plan de soins complet est réalisé et mis à jour régulièrement. Des outils d'évaluation sur la prévention des chutes ou la prévention des plaies de pression sont bien remplis lors de l'admission. Par contre, le bilan comparatif des médicaments n'est pas fait, et il en va de même pour l'utilisation d'un protocole pour le délire. Les usagers et les familles se disent satisfaits des soins reçus et de leur qualité. Ils se disent traités avec respect et empathie. Malgré des heures de visites limitées, l'équipe est très ouverte à la présence de la famille en tout temps. L'équipe répond aux besoins de la clientèle rapidement afin de régler les problématiques et répondre à leurs interrogations.

Aux soins intensifs, la transmission des renseignements lors du rapport interservice est bien instaurée. Par contre, le rapport interquart est fait de façon orale. L'équipe aurait intérêt à garder une traçabilité de ces renseignements, qui sont transmis aux points de transition.

Dans les deux sites, la gestion des télémétries est de plus en plus compliquée. L'équipe de soins doit faire preuve d'audace pour questionner les équipes médicales afin de rendre disponible des télémétries en cas de besoin. L'équipe est encouragée à revoir le parc de télémétries. De plus, un manque de matériel est noté, surtout les pompes volumétriques au Sûroit et de Fast Echo à Anna Laberge. On suggère de trouver des moyens de doter ces deux sites de matériel afin de diminuer les irritants lors de situations critiques. L'accessibilité aux lits des soins intensifs peut être laborieuse en période de grande demande. Malgré une durée moyenne de séjour de 4 jours et un taux d'occupation de l'ordre de 80 %, on observe à Anna Laberge que des usagers quittent directement les soins intensifs pour le domicile. Il serait intéressant pour l'organisme de revoir son parc de lits de soins critiques en intégrant dans la réflexion la possibilité de lits de soins intermédiaires.

À Anna Laberge, l'équipe médicale change tous les jours. Malgré le fait qu'un transfert d'information est effectué, il existe un risque de bris de continuité de soins. Il serait pertinent que l'équipe médicale réévalue son fonctionnement afin de maximiser sa présence et d'assurer une meilleure continuité de soins aux soins intensifs.



**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Un dossier unique est rempli par l'ensemble des intervenants pour chaque usager lors de l'admission. Des notes d'observation sont rédigées au fur et à mesure des changements de l'état clinique. Les notes d'observation respectent les règles et les normes professionnelles. L'information circule entre les différents professionnels de façon régulière et au besoin, selon l'état clinique. Le personnel a accès à l'information clinique et aux différentes politiques par l'entremise du site intranet du CISSS. L'information se trouve dans certains cahiers dans les unités de soins. Le personnel s'assure de transmettre l'information aux usagers ou à leur famille. Un guide d'accueil leur est remis à leur arrivée. L'équipe se base sur les données probantes pour offrir des soins optimaux à la clientèle.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe travaille en étroite collaboration. La pratique professionnelle se base sur les données probantes. L'équipe maintient ses compétences en participant à des activités de formation continue, des colloques ou autres. L'équipe est fière de son travail et soucieuse des résultats positifs obtenus. L'équipe vise des soins sécuritaires pour la clientèle. Une culture de déclaration des accidents-incidents fait partie des valeurs du personnel et des gestionnaires. L'équipe a identifié des indicateurs et en fait le suivi régulièrement. Celle-ci fait le suivi d'indicateurs cliniques et administratifs qu'elle partage avec l'ensemble du personnel et des équipes médicales. De plus, des sondages de satisfaction sont faits auprès de la clientèle.

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

L'équipe est sensibilisée aux dons d'organes. Elle en fait la promotion auprès de la population et des intervenants. En cas d'identification d'un donneur potentiel, des corridors de service sont connus afin de transférer le donneur dans le centre déterminé par Québec Transplant. L'équipe se base sur les politiques et les guides de référence de Québec Transplant pour amorcer les protocoles. Dans la dernière année, l'équipe a participé à l'identification de neuf cas potentiels, dont deux qui se sont terminés par un don d'organes. L'équipe fait des audits par Québec Transplant et un suivi des indicateurs pour s'assurer que tous les donneurs potentiels ont été identifiés. Un système de garde est disponible lorsqu'un donneur est identifié afin de bien outiller les équipes de travail et surtout soutenir la famille dans la prise de décisions. À Anna Laberge, un comité de dons d'organes est en place. Il serait intéressant que ce comité soit lié au CISSS-MO. Continuez votre beau travail.

## Ensemble de normes : Télésanté - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
6.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.10 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
15.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
15.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
15.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!

15.6	Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!
17.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
17.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Les équipes tentent de prendre en compte les besoins et les attentes de chaque usager durant ses processus de soins.

Les sondages sont un bon point de départ pour s'assurer de l'apport des usagers et des familles dans les soins et services. Le service de télésanté est appelé à prendre davantage d'ampleur dans l'avenir et est donc encouragé à consulter les usagers et les familles à un niveau plus en amont dès la conception, la planification et l'organisation des services. Cela permet de les faire participer au processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services.

##### Processus prioritaire : Compétences

Le service offre au personnel un bon programme d'orientation à l'embauche et des possibilités de perfectionnement en cours d'emploi afin de les outiller pour offrir des services de qualité aux usagers. L'évaluation de la contribution est bien structurée au sein de l'équipe. Nous suggérons de solliciter davantage la participation active des usagers et des familles dans la conception de leurs rôles et responsabilités.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les usagers sont très bien pris en charge durant l'épisode de soins. Des critères rigoureux ont été élaborés pour faire en sorte que l'information leur soit fournie à chacune des étapes. Les membres de l'équipe les encouragent à prendre part au processus de prise de décisions.

##### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les services de télésanté, particulièrement les télésoins en maladies chroniques, sont mis en place et de plus en plus élargis au CISSS-MO. Initialement, le programme a été conçu principalement avec le MSSS et les RUISS. Nous suggérons une sollicitation plus structurée de la rétroaction et la participation des usagers et des familles aux différentes étapes du processus de soins.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Chaque usager est informé et consulté à propos de son épisode de soins. Cependant, les sondages de satisfaction ont obtenu un taux de réponse très faible (environ 5 %). Nous suggérons d'intensifier les efforts de l'équipe pour recueillir une plus grande rétroaction de la part des usagers et des familles pour orienter l'équipe dans la révision des protocoles et des lignes directrices ainsi que des projets d'améliorations de la qualité afin d'augmenter l'impact sur les résultats.

## Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	

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

<b>Processus prioritaire : Compétences</b>
--------------------------------------------

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

<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>
-------------------------------------------------

20.3 Thérapie systémique seulement : Une double vérification indépendante de la dose et de la vitesse d'administration des pompes à perfusion est effectuée avant l'administration.



<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>
---------------------------------------------------

24.2 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.

<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>
---------------------------------------------------------

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

<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>
--------------------------------------------------------

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

<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>
-----------------------------------------------------------------------

<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>
----------------------------------------------------

L'espace disponible est restreint, car le nombre d'usagers ne cesse d'augmenter. Ceci permet difficilement d'assurer la confidentialité et le respect de la vie privée. Les places allouées ne correspondent pas au nombre d'usagers qui reçoivent des traitements.

En ce sens, l'équipe fait preuve de débrouillardise pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.

Le sondage de satisfaction est un élément important concernant l'opinion des usagers sur les soins et services. Il servira sûrement à fixer des objectifs d'amélioration.

Éventuellement, l'équipe désire s'associer à un patient partenaire. Elle a fait des efforts en ce sens.

**Processus prioritaire : Compétences**

La formation fait partie intégrante des priorités du service. Des liens avec d'autres services régionaux alimentent les discussions et facilitent le partage des meilleures pratiques.

En ce qui concerne les pompes à perfusion, un questionnaire est administré annuellement au personnel. Le questionnaire des dernières années est anonyme pour l'ensemble de l'organisme. Les résultats sont divulgués par secteur. Il est à noter qu'en 2015, il était possible de connaître le résultat de chaque membre de l'équipe.

Selon l'information obtenue, il n'est pas possible actuellement de connaître les compétences de chaque membre et même du service, notamment celui du traitement du cancer et fort probablement d'autres services.

Par conséquent, le mécanisme pour s'assurer de la compétence des utilisateurs est difficile à préciser. L'organisme est encouragé à se questionner sur sa façon d'évaluer la compétence concernant l'utilisation des pompes à perfusion.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Étant donné l'importance et le risque liés à la chimiothérapie, une double vérification indépendante de la dose et de la vitesse d'administration des pompes à perfusion devrait être effectuée dans tous les cas avant l'administration. L'organisme est encouragé à se doter d'un mécanisme de contrôle.

Bien que le BCM ne soit pas réalisé selon un document normalisé, c'est la pharmacienne qui fait le meilleur schéma thérapeutique, incluant les produits naturels, vitamines etc. Tout changement dans la médication est noté et l'information est transmise. Dans un objectif d'amélioration, l'équipe est encouragée à formaliser la procédure.

Les usagers questionnés se disent bien entourés, informés et satisfaits des soins et services. Cependant, selon le questionnaire de satisfaction, le soutien émotionnel serait perfectible.

Par ailleurs, l'environnement peut être insatisfaisant. Plusieurs usagers se retrouvent dans une salle commune. Il existe certains endroits plus isolés. Certains usagers s'accommodent bien de l'entourage en spécifiant que le temps passe plus vite. Ils préfèrent être parmi les usagers. Certains ont suggéré l'accès à la télévision. D'autres voudraient un accès Internet. Les locaux exigus pourraient faire en sorte que la confidentialité soit difficile à respecter.

L'administration de la chimiothérapie se fait en deux temps. Selon l'information obtenue, cette pratique est préconisée pour des soins optimaux. Ceci a l'avantage d'une meilleure prestation de soins et d'éviter à l'utilisateur de longues heures d'attente. Cependant, le désavantage de cette méthode est qu'elle occasionne des déplacements plus fréquents pour l'utilisateur. Certains usagers en ont fait part à l'équipe.

Des réunions d'équipe interdisciplinaires ont été abandonnées en raison des changements de personnel. Ces réunions étaient constructives et favorisaient une approche et une compréhension globales afin d'assurer une meilleure prestation de soin. L'équipe est encouragée à travailler sur ce dossier.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les dossiers révisés lors de la visite sont complets et propices à la prestation de services cliniques sûrs et de qualité.

Il y aurait lieu, si cela s'avère pertinent, de se questionner sur le bien-fondé d'une discussion avec l'utilisateur, le moment voulu, à propos des niveaux de soins et de l'inscrire au dossier.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Bien que l'équipe tente de prendre en compte les besoins et les attentes des usagers, les activités courantes et les activités d'amélioration continue pourraient refléter de façon plus formelle l'apport des usagers et de leurs familles.

Des réaménagements permettraient d'augmenter la fonctionnalité des lieux et la sécurité pour les usagers et le personnel. La demande est grande et l'espace est limité.

#### **Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

La gestion des médicaments est effectuée selon les règles de l'art.

Une fois par année, une experte en manipulation de médicaments de chimiothérapie évalue le fonctionnement et apporte les correctifs nécessaires, notamment au niveau du personnel qui prépare la chimiothérapie. Cela contribue à l'amélioration de la qualité et à favoriser la sécurité du personnel et des usagers.

Le personnel concerné recevait, jusqu'en 2015, un diplôme lorsque les objectifs étaient atteints. Ces diplômes sont affichés dans la salle de la pharmacie. Cette procédure de reconnaissance était très appréciée. L'organisme est encouragé à poursuivre en ce sens.

## Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.5 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
4.13 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et de fin de vie.	!
4.14 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
4.16 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
9.13 Une politique et un processus sont en place pour gérer les questions d'ordre médico-légal au service des urgences.	!
<p>10.5 En partenariat avec les usagers, familles ou soignants, l'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'usagers non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).</p> <p>10.5.1 L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.</p>	<p>POR</p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>



10.5.2 Les critères pour un groupe cible d'utilisateurs non admis qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments sont déterminés et les raisons expliquant le choix de ces critères sont consignées.

PRINCIPAL

12.3 La vie privée des utilisateurs est respectée pendant l'admission.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

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

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

16.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des utilisateurs et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.

!

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

!

16.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des utilisateurs et des familles.

!

17.7 Les incidents liés à la sécurité des utilisateurs sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des utilisateurs et des familles.

!

#### Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Selon l'information obtenue, la salle d'isolement à l'Hôpital du Suroît n'est pas conforme. Pour remédier à ce problème, une civière munie de sangles de contention est utilisée.

Les espaces privés sont rares.

Bien que les équipes tentent de prendre en compte les besoins et les attentes des utilisateurs, les activités courantes et les activités d'amélioration continue pourraient refléter de façon plus formelle l'apport des utilisateurs et de leurs familles.

#### Processus prioritaire : Compétences

L'apport des utilisateurs et des familles est à mettre en place.

Le personnel a les compétences requises.

En ce qui concerne la formation sur les pompes à perfusion, l'organisme est encouragé à revoir sa méthodologie afin de s'assurer de la compétence des utilisateurs.

Selon l'information obtenue, l'évaluation du rendement n'est pas la priorité.

Des gestes sont posés pour reconnaître la contribution. Des rencontres fréquentes avec le personnel permettent, d'une part, de régler les conflits, malentendus et imprécisions rapidement et, d'autre part, d'encourager, de mobiliser et de féliciter.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Des efforts importants sont déployés pour améliorer la fluidité des usagers.

Tous les membres des équipes aident à solutionner les situations d'engorgement qui rendent la prestation des soins et services plus difficile.

Les directions font preuve de débrouillardise pour trouver des solutions aux problèmes organisationnels qui se posent quotidiennement.

Le fonctionnement se fait de façon opérationnelle. Les membres de l'équipe dépistent une situation problématique. Le problème est précisé. On discute en équipe de pistes de solutions. Un projet est instauré, une ordonnance collective est ajoutée, un réaménagement de lits est effectué. On évalue les changements et on décide de poursuivre ou non et de rendre plus permanent. On peut même l'adapter, l'utiliser ou non, selon les circonstances.

Le travail interdisciplinaire se fait bien. La collaboration médecin-infirmière est à la hauteur des attentes.

En ce qui concerne le bilan comparatif du médicament, il n'est pas réalisé dans tous les milieux. Cependant, les intervenants concernés sont bien sensibilisés. Des efforts sont à poursuivre pour bien recueillir et pour communiquer des renseignements précis concernant la médication de l'usager, notamment les médicaments en vente libre, les médicaments alternatifs, les vitamines et les suppléments.

Voici certaines particularités:

Hôpital Anna Laberge:

Les services des urgences rénovés en 2008 sont un atout pour faciliter le travail. Les rencontres rapides de type « réunion debout » permettent de communiquer l'information et d'effectuer des rajustements rapidement. Depuis deux semaines, le processus du triage a été modifié et les résultats semblent prometteurs. L'équipe de transfert est en formation. Les plages réservées dans le GMFR ont permis de

diriger déjà 551 usagers (de la période 1 à la période 8). Pour remédier à la difficulté posée par une problématique en santé mentale, on a créé une équipe de crise.

Hôpital du Suroît :

Le BCM est élaboré à l'Hôpital du Suroît : félicitations. Cette pratique mériterait d'être étendue à l'ensemble des urgences. Le projet P4-P5 n'est pas en place. Cependant, il devrait être déployé en 2018. Par conséquent, les usagers demeurent à l'urgence, ce qui occasionne de l'achalandage. Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités. De nouvelles affiches ont été placées dans la salle d'attente. Le nombre de médecins en médecine familiale qui hospitalisent est déficient. Cela oblige des usagers hospitalisés à demeurer à l'urgence.

Hôpital Barrie Memorial :

Les usagers qui se présentent à l'urgence passent dans un premier temps à l'accueil et par la suite au triage. Le processus est en cours de révision afin que les normes soient respectées.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Il y a eu des audits sur la tenue de dossiers. Des mesures correctives ont été mises en place.

Un dossier complet et intégré est disponible pour chaque usager du secteur. L'accessibilité en temps opportun pour les intervenants n'est pas un obstacle.

Il est important de s'assurer que le consentement général aux soins est signé et qu'il a été porté au dossier.

Le personnel a accès à l'information et utilise les technologies et les systèmes d'information pour accéder aux données probantes et guides de pratiques.

Plusieurs lignes directrices selon les meilleures pratiques sont disponibles et mises en œuvre au sein de l'équipe.

Des rencontres multidisciplinaires sont régulièrement tenues, durant lesquelles différents sujets cliniques sont abordés.

On félicite les équipes pour la rigueur de la gestion clinique.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe réalise des sondages de satisfaction et recueille des commentaires auprès des usagers de l'urgence. Ces sondages font partie de l'apport des usagers et des familles pour certains éléments.

Des efforts sont en cours pour obtenir l'apport des usagers et de leur famille. L'organisme est encouragé à poursuivre en ce sens et à formaliser des processus dans un contexte d'amélioration de la sécurité et de la qualité.

Particularité pour l'Hôpital du Suroît :

Le sondage fait état du lavage des mains par les intervenants, selon la perception des usagers et des familles. Cet élément est instructif. L'organisme est encouragé à étendre ce type de données, car il touche des aspects importants de la qualité et de la sécurité.

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

L'équipe a reçu la formation offerte par Québec Transplant et Héma-Québec. L'information écrite fournie par ces organismes est disponible sur place.

L'équipe de soins se conforme aux politiques, aux procédures et aux recommandations de Québec Transplant.

L'information est complète. Les intervenants sont sensibilisés et informés. Si nécessaire, les contacts se font rapidement avec Transplant Québec.

## Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

### Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

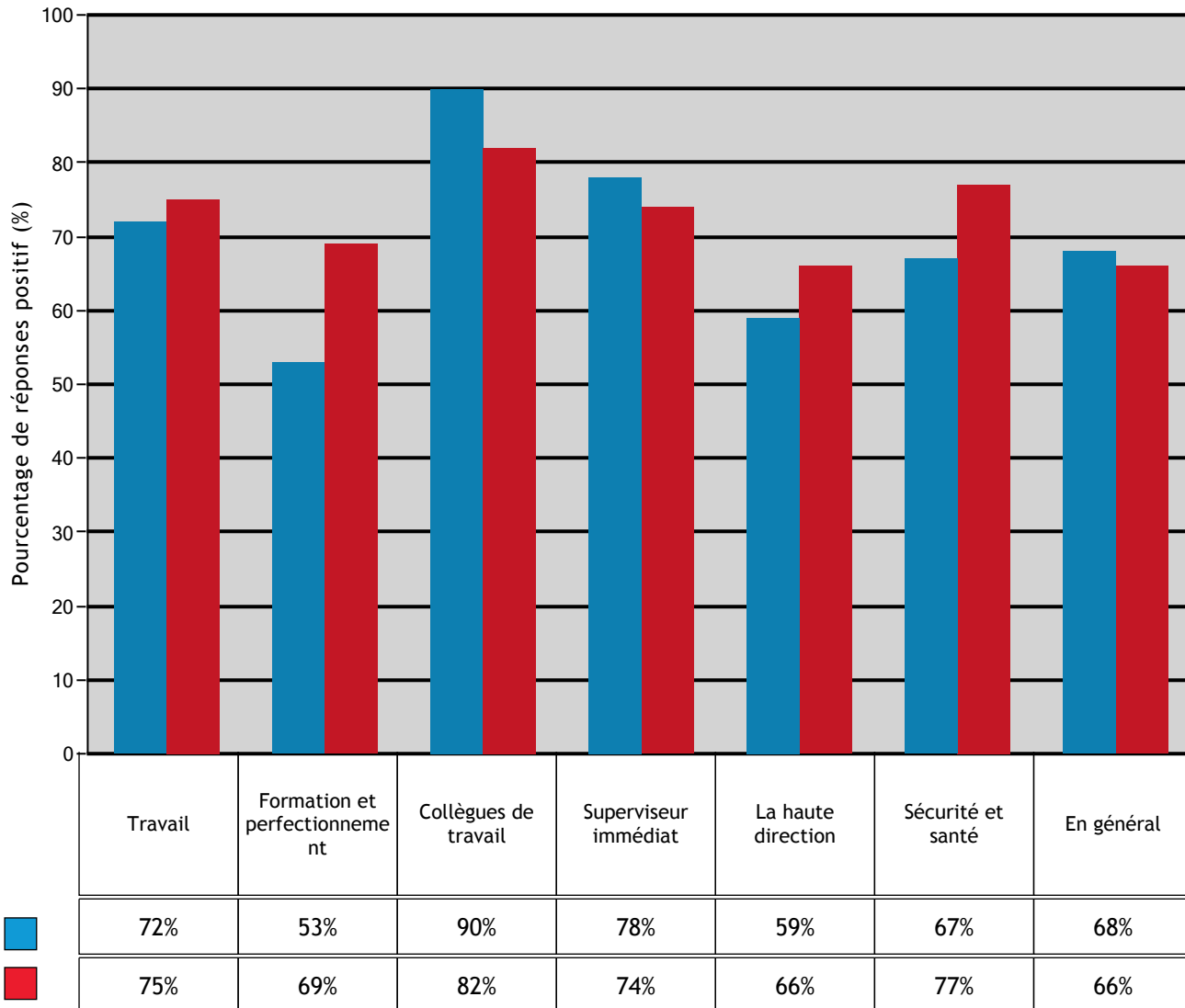
Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 6 décembre 2016 au 8 mars 2017**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 361**
- **Nombre de réponses : 297**

L'échantillon est plus petit que prévu. Par conséquent, comme il se peut que les résultats ne soient pas représentatifs, les données suivantes sont présentées à titre d'information seulement.

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats en fonction du milieu de travail



Légende

- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2017 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Commentaires de l'organisme

**Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.**

Le CISSS de la Montérégie-Ouest, une organisation en transformation

Le CISSS de la Montérégie-Ouest est une jeune organisation issue du regroupement de 9 composantes aux cultures bien distinctes. La transformation organisationnelle a occupé une grande partie de nos ressources au cours des deux dernières années, ce qui a limité notre capacité à réaliser des améliorations importantes en matière de qualité des services. Malgré tout, le CISSS de la Montérégie-Ouest a su maintenir une culture de qualité et de sécurité dans l'ensemble de ses installations.

Nous avons un plan de transformation qui est en cours de réalisation afin d'atteindre nos objectifs organisationnels qui sont axés sur un meilleur cheminement du patient à l'intérieur de notre organisation. Malgré des changements qui ont affecté leur quotidien, les équipes sont mobilisées afin d'offrir les meilleurs services possible à la population de notre territoire.

C'est donc dans un contexte de changement majeur, de transformation et de redéploiement des services que s'est effectuée la visite d'agrément, ce qui a teinté nos résultats. Malgré ce contexte, les visiteurs ont mentionné l'engagement des équipes, la qualité des services rendus et la préoccupation de chacun pour la sécurité des usagers.

Nous sommes donc fiers, en tant qu'organisation, d'avoir relevé le défi de maintenir cet engagement pour les usagers dans un contexte de transformation et nous sommes prêts pour la prochaine étape qui sera de traduire cet engagement dans nos résultats.

Notre lecture des principaux constats

Malgré quelques lacunes au niveau de notre capacité à démontrer notre conformité aux critères de qualité ainsi qu'aux pratiques organisationnelles requises, il importe de rappeler que nos résultats globaux sont dignes de mention :

- 93% de taux de conformité aux critères de qualité des normes
- 80% de taux de conformité aux tests de conformité des pratiques organisationnelles requises (PORs)

Ces résultats, qui se comparent à ceux obtenus récemment par d'autres organisations de santé et de services sociaux du Québec, nous permettent d'affirmer que la population de la Montérégie-Ouest a accès à des services de qualité et sécuritaires. La nécessité de démontrer la conformité aux tests de qualité sur l'ensemble du territoire ne doit pas masquer le fait que la grande majorité des installations locales et des équipes de soins et services mettent en œuvre et respectent les pratiques de qualité prescrites.

Par ailleurs, il faut rappeler que la qualité et la sécurité des soins et des services se basent avant tout sur l'engagement et la mobilisation des différents intervenants, des qualités qui ont été mentionnées à plusieurs reprises par les visiteurs.

#### Les leçons tirées de la visite d'agrément

Bien que nous n'en soyons qu'au début de notre analyse des résultats de la visite, nous retenons d'ores et déjà l'importance de s'assurer du déploiement des pratiques organisationnelles requises dans l'ensemble de nos équipes et installations. La rigueur de l'évaluation fait en sorte qu'une seule faiblesse dans la démonstration de notre conformité à un critère de qualité, à un endroit précis peut avoir des répercussions sur l'ensemble de nos résultats. Tout en étant conscients de la nécessité de faire la démonstration du respect des PORs dans l'ensemble de notre organisation, nous entendons poursuivre la réflexion, de concert avec les organismes d'agrément, sur la manière de tenir compte de l'importance et de la complexité du CISSS de la Montérégie-Ouest dans l'évaluation de nos services.

Notre engagement : maintenir nos efforts pour assurer la qualité et la sécurité des services

Nos équipes vont poursuivre leurs efforts afin de maintenir notre engagement envers la qualité et la sécurité des services. Au cours des prochaines semaines, les différentes équipes d'amélioration continue, appuyées par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, amorceront leurs travaux pour donner suite aux constats des visiteurs. Les gestionnaires, les employés, les médecins et les différents partenaires sont mobilisés et prêts à poursuivre la démarche d'amélioration continue afin d'atteindre l'excellence. Les résultats de la visite d'agrément seront utilisés comme un indicateur du chemin qu'il reste à parcourir pour atteindre cet objectif.



## Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 15 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux organismes clients dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de quatre ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

### Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.

## Annexe B - Processus prioritaires

### Processus prioritaires qui se rapportent aux normes qui touchent l'ensemble du système

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.
Gestion intégrée de la qualité	Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.
Préparation en vue de situations d'urgence	Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

## Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

## Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Processus prioritaire	Description
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.