



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum QuébecMC

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

Rapport publié: 31/07/2024

Table des matières

À propos d'Agrément Canada	3
À propos du rapport d'agrément	3
Confidentialité	4
Sommaire	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	6
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	7
Soins centrés sur les personnes	7
Aperçu de l'amélioration de la qualité	7
Aperçu du programme	8
Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément	9
Résultats selon les dimensions de la qualité	12
Pratiques organisationnelles requises	13
Résultats de l'évaluation divisés par chapitre	15
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	15
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	18
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	20
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	22
Télésanté	24
Programme de prévention et de contrôle des infections	26
Services de retraitement des dispositifs médicaux	30
Gestion du circuit du médicament	32

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d'outils et de programmes d'évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d'élargir notre influence et notre champ d'application. En collaboration avec notre société affiliée, l'établissement de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d'amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d'évaluation et nos solutions d'amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d'élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux.

Agrément Canada permet aux organisations d'atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d'évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l'ensemble de l'écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d'agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l'Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

À propos du rapport d'agrément

L'établissement mentionné dans le présent rapport de visite participe au programme d'agrément Qmentum Québec^{MC} d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 17/03/2024 au 22/03/2024.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d'évaluations par des pairs ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'établissement. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à la précision des renseignements fournis par l'établissement pour planifier et mener les visites d'agrément et produire ce rapport. Il incombe à l'établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'établissement mentionné dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'établissement et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'établissement peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : publications@healthstandards.org.

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

Sommaire

À propos de l'établissement

Le CISSS de la Montérégie-Ouest dessert une population de 488539 habitants sur une superficie totale de plus de 3653 km². Il bénéficie d'un budget de fonctionnement de 1,2 milliard \$ et compte près de 11000 employés et 530 médecins (omnipraticiens et spécialistes). Son territoire est composé de 65 municipalités réparties sur cinq municipalités régionales de comté (MRC), soit celles de Roussillon, Jardins-de-Napierville, Beauharnois-Salaberry, Haut-Saint-Laurent et Vaudreuil-Soulanges pour la majeure partie de ses services. Il inclut aussi des mandats régionaux en déficiences (déficience intellectuelle/DI, troubles du spectre de l'autisme/TSA, déficience physique/DP), sur le territoire complet de la Montérégie et une mission régionale en dépendances, pour l'ensemble de la Montérégie ainsi que l'île de Montréal uniquement pour la clientèle anglophone.

Il compte sur plusieurs points de service répartis à travers plus de 120 installations en considérant les responsabilités régionales. Il intègre 3 hôpitaux (plus 1 hôpital en construction), 11 centres d'hébergement de soins de longue durée (+2 maisons des aînés et alternatives en construction), 5 centres de services ambulatoires/cliniques en santé mentale pour jeunes et adultes, 3 centres de services ambulatoires, 9 points de services de réadaptation en dépendance, 12 points de services de CLSC et 14 points de services de réadaptation en déficience physique.

À la suite d'échanges avec l'équipe de direction, l'équipe de visiteurs comprend que la croissance et la transformation majeure de l'organisation favorisent le développement de partenariats et peuvent compter sur une approche de gestion agile permettant d'optimiser leurs ressources et de poursuivre leurs efforts d'attraction et la rétention. Cette croissance organisationnelle découle notamment de la construction de deux maisons des aînés et alternatives, la modernisation de l'Hôpital du Suroît, l'agrandissement de l'Hôpital Anna-Laberge, la création d'une maison de naissance ainsi que le projet de construction majeur de l'Hôpital de Vaudreuil-Soulanges.

Les équipes travaillent aussi sur d'autres projets immobiliers et technologiques tels que l'implantation du dossier clinique informatisé (DCI) dans l'ensemble de l'organisation.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Des sites hospitaliers qui subissent une pression de demandes de services de santé importante ont été visités. Le goulot se retrouve surtout dans les services des urgences ; l'équipe des visiteurs a compris que le nombre de lits actuels de la région est insuffisant pour la population desservie. Un nouveau centre hospitalier est en construction et offrira ses services d'ici 2 ans. Les équipes multiplient la recherche de pistes de solutions afin d'améliorer la trajectoire des usagers et réduire la pression sur les services des urgences. Elles suivent plusieurs indicateurs de la fluidité de la clientèle dans une salle de pilotage stratégique. Plusieurs initiatives sont en cours, de nouveaux services s'organisent et se développent en aval et des travaux se poursuivent afin d'améliorer le partenariat avec la première ligne médicale.

Le recrutement en soins de longue durée de plusieurs infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires démontre un engagement unique du personnel et un potentiel de rétention à reproduire. Ce recrutement est possible grâce, entre autres, au partenariat avec les maisons d'enseignement du territoire et la capacité de stages que l'établissement rend disponible pour les étudiants.

La présence des pharmaciens aux unités cliniques ajoute à la qualité des soins et des services. En soins de longue durée, ces derniers ont un impact important sur la déprescription.

L'utilisation de la technologie au département de pharmacie a permis d'assurer la sécurité et d'optimiser le service dans un contexte de pénurie d'effectifs.

L'équipe de prévention et de contrôle des infections assume un leadership fort avec un temps de réaction digne de mention, et ce, malgré un contexte de manque d'effectif, d'absence d'un officier médical et de systèmes d'information spécifique à la prévention et au contrôle des infections. Elle est soutenue par une structure qui favorise l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle et interdirection.

Les services de retraitement des dispositifs médicaux ont redoublé les efforts au cours des dernières années pour assurer la conformité des services de retraitement des dispositifs médicaux aux normes et bonnes pratiques.

Les équipes rencontrées sont dynamiques et engagées. La structure mise en place facilite la concertation et l'engagement de tous vers une harmonisation des pratiques et le développement d'une culture d'amélioration de qualité. Les efforts doivent se poursuivre pour parfaire les connaissances des préposés sans formation reconnue, étendre la traçabilité et assurer le soutien à tous les secteurs intra et extrahospitalier.

Le matériel du magasin est très bien organisé dans les centres hospitaliers et le mécanisme de commande et de gestion est bien établi. L'établissement est encouragé à élargir son offre de service aux autres installations.

Le service de télésanté a pris son envol dans les dernières années. Ce service convient aux usagers qui ont des besoins particuliers. Les équipes travaillent à élargir leur offre de services sur le territoire. Ce service permet actuellement de la surveillance clinique à distance.

L'équipe des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistre travaille en collaboration avec leurs partenaires, le centre de prévention, la sécurité civile, les services incendie et les services de police. Lors de situations d'urgence, tous ces services sont avisés afin de mettre en action les solutions nécessaires à la résolution de l'événement ensemble. Les équipes s'assurent de la santé et de la sécurité des usagers. Les équipes doivent continuer à faire des plans d'interventions et un calendrier d'exercices de sécurité incendie.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Au niveau des espaces physiques, il est constaté que les défis concernant la distinction du matériel propre et du matériel souillé, principalement dans les salles de préparation des soins, de même que dans les espaces d'entreposage demeurent omniprésents et non résolus depuis les dernières visites. L'équipe de visiteurs réitère l'importance que des solutions structurantes soient mises en place à court terme en saisissant toutes les opportunités qui se présentent.

Les enjeux de main-d'œuvre demeurent très préoccupants dans un contexte de fin d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et du développement de nouvelles installations afin de répondre aux besoins croissants de la population.

Un retard technologique dans plusieurs secteurs d'activité affectant l'efficacité de la prestation des services a été constaté.

Domaines d'excellence

L'introduction progressive des usagers partenaires démontre la volonté de l'établissement à adapter ses services aux besoins et attentes de la population.

L'équipe de visiteurs a eu l'occasion de rencontrer des équipes engagées, innovantes et axées sur la collaboration et la réponse aux besoins de leurs clientèles.

Les efforts de rapprochement et de collaboration avec les partenaires et la communauté sont à souligner et permettront d'assurer la continuité des soins et services.

Compte tenu des enjeux actuels et à venir, la création de la Direction de la recherche, de l'innovation et de l'apprentissage devient un levier pour permettre la mise en place de solutions concrètes.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

L'établissement a élaboré dans la documentation un plan d'amélioration qui reprend les normes et critères d'Agrément Canada. C'est un premier pas dans l'élaboration d'un plan intégré d'amélioration continue de la qualité. Cet exercice doit être bonifié par l'ajout et le suivi en continu d'objectifs organisationnels liés aux écarts observés d'indicateurs ciblés. L'établissement est encouragé à développer un plan intégré d'amélioration continue de la qualité.

L'introduction des usagers partenaires est entamée au CISSS de la Montérégie-Ouest et les visiteurs ont eu l'occasion de rencontrer quelques-uns de ces usagers lors des rencontres d'équipes. Ils sont présents au comité de direction lors de l'animation de la salle de pilotage stratégique et apportent leurs opinions et réflexions permettant de bonifier les échanges. L'établissement est encouragé à poursuivre cette bonne pratique du déploiement des usagers partenaires dans d'autres secteurs afin de répondre aux différents critères d'Agrément Canada. Lors de la rencontre d'équipe, les visiteurs ont eu l'occasion de rencontrer un usager partenaire qui a participé à une entrevue d'embauche et l'équipe a mentionné la plus-value de sa présence.

L'équipe a mentionné qu'ils sont en déploiement des sondages sur l'expérience de l'utilisateur. Ils sont encouragés à poursuivre cette démarche en continu et à rendre disponibles les résultats dans le plan d'amélioration de la qualité de services.

Aperçu du programme

En 2018, Agrément Canada fut mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS pour réaliser la démarche d'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS du Québec pour une période de dix ans (2018-2028). La démarche d'agrément proposée par Agrément Canada est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'établissement et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et qui peut impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans les soins de santé et de services sociaux du réseau québécois. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme au sein du RSSS du Québec, le programme d'agrément adapté se déroule en deux périodes de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028). Chaque cycle d'agrément comprend cinq séquences. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services du RSSS ou de normes organisationnelles et transversales.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'administration de sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit : 1 le fonctionnement de la gouvernance; 2 l'expérience de l'utilisateur; et, 3 les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité. La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Le manuel d'évaluation à l'appui des méthodes d'évaluation de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres. Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

Décision d'agrément

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

Le statut d'agrément est :

Agréé - Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest est agréé suite à son évaluation au cycle 1 du programme Qmentum Québec et jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, à la suite du cycle 2.

L'établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

Le tableau suivant présente un résumé des installations évaluées lors de la visite sur place de l'établissement.

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
Centre de réadaptation en dépendance de Saint-Philippe / Saint-Philippe Addiction Readaptation Centre	Programme de prévention et de contrôle des infections
Centre de réadaptation en dépendance de Saint-Philippe / Saint-Philippe Addiction Readaptation Centre	Gestion du circuit du médicament
Centre de services ambulatoires de la rue Lauzon	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
CHSLD de La Prairie	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD de La Prairie	Gestion du circuit du médicament
CHSLD Docteur-Aimé-Leduc	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD Docteur-Aimé-Leduc	Gestion du circuit du médicament
CHSLD et centre de réadaptation en déficience physique de Vaudreuil-Dorion	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD et centre de réadaptation en déficience physique de Vaudreuil-Dorion	Gestion du circuit du médicament
CLSC de Châteauguay	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC de Châteauguay	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC de Châteauguay	Gestion du circuit du médicament
CLSC de Salaberry-de-Valleyfield	Programme de prévention et de contrôle des infections

Installation	Chapitre
CLSC de Salaberry-de-Valleyfield	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC Kateri	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC Kateri	Services de retraitement des dispositifs médicaux
CLSC Kateri	Gestion du circuit du médicament
CRDITSA – Résidence Hector	Programme de prévention et de contrôle des infections
CRDITSA – Résidence Hector	Gestion du circuit du médicament
Hôpital Anna-Laberge	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
Hôpital Anna-Laberge	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
Hôpital Anna-Laberge	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
Hôpital Anna-Laberge	Télésanté
Hôpital Anna-Laberge	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital Anna-Laberge	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital Anna-Laberge	Gestion du circuit du médicament
Hôpital Barrie Memorial	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital Barrie Memorial	Services de retraitement des dispositifs médicaux

Installation	Chapitre
Hôpital Barrie Memorial	Gestion du circuit du médicament
Hôpital du Suroît	Programme de prévention et de contrôle des infections
Hôpital du Suroît	Services de retraitement des dispositifs médicaux
Hôpital du Suroît	Gestion du circuit du médicament

Résultats 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 manuels d'évaluation 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.

Tableau 2 : Résultats de l'établissement par dimension de la qualité.

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.)	28	1	0	29
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	16	0	0	16
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	4	0	0	4
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	15	1	0	16
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	37	2	0	39
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	151	25	3	179
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	183	27	3	213
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	33	5	0	38
Total	467	61	6	534

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

Tableau 3: Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'établissement

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	0 / 5	0.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	4 / 5	80.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	4 / 5	80.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgarion des incidents liés à la sécurité des usagers	5 / 6	83.33%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	4 / 4	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Retraitement	1 / 5	20.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	4 / 4	100.00%
Total		57 / 69	82.61%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Évaluation du chapitre : 90,9 % des critères sont conformes

9,1 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Au cours de l'année 2021-2022, le CISSS de la Montérégie-Ouest s'est engagé auprès de l'ensemble de la population desservie à élaborer un plan clinique organisationnel (PCO 2023-2033 en vue d'identifier le développement ou l'ajustement de services requis pour répondre aux besoins de la population dans une perspective d'évolution démographique de dix ans.

Ce sont plus de 1300 personnes qui ont participé à la consultation citoyenne, près de 700 employés, 85 médecins qui ont contribué aux consultations internes et au-delà de 300 personnes qui ont participé aux ateliers de travail. De ces consultations sont ressortis cinq (5 axes de développement pour structurer la démarche : plus de promotion et de prévention, plus de services de première ligne pour l'ensemble de la population, plus de services en première ligne pour les clientèles particulières, plus de services spécialisés en périphérie du milieu hospitalier, plus d'interdépendances interprogrammes.

Le CISSS a identifié 6 piliers pour enracermer les changements : attraction rétention, ressources requises, collaboration et partenariat, agilité organisationnelle, développement des connaissances et transport, ce qui a amené 92 pistes de solutions à fort consensus

Le CISSS s'est doté de plusieurs plans d'améliorations, dont la réponse aux critères de la visite d'agrément et la mise en place de plan d'amélioration à la suite des recommandations du coroner et des résultats de sondages de satisfactions, mais elle est encouragée à se doter d'un plan intégré d'amélioration continue de la qualité à partir de tous ces plans.

Au cours des dernières années, la région a vu une progression importante de l'immigration et elle compte sur son territoire deux communautés autochtones. L'établissement s'est doté d'une politique sur la diversité culturelle qui est actuellement en validation. L'équipe est encouragée à faire connaître cette politique et s'assurer que leurs orientations sont intégrées et connues dans l'ensemble de l'établissement.

Les équipes ont mis en place des comités écosystème dans chacune des MRC afin de collaborer avec les différents partenaires de la communauté à l'avancement du PCO et pour mieux comprendre les besoins de la communauté. Elles développent actuellement l'écosystème autour du nouvel hôpital en construction dans la MRC de Vaudreuil-Soulanges afin de s'assurer de faire connaître le plan clinique, mais aussi de planifier les infrastructures nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Elles travaillent entre autres à assurer le développement du transport en commun dans ce secteur.

Actuellement, un agent de planification, programmation et recherche travaille avec les communautés autochtones afin de coconstruire les priorités et assises sur lesquelles ils travailleront.

L'équipe rencontrée a démontré de l'humilité à identifier les problématiques et a démontré aux visiteurs, lors des rencontres, qu'elle élabore les pistes de solutions pertinentes.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.10.6	Les gestionnaires de l'établissement mettent en place un plan intégré d'amélioration de la qualité en collaboration avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin de coordonner les activités d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'établissement.	Priorité élevée
2.10.8	Les gestionnaires de l'établissement élaborent, mettent en œuvre, passent en revue et mettent à jour régulièrement un plan de gestion du changement pour gérer et assurer la vigie de l'impact des changements liés à l'amélioration de la qualité.	Priorité élevée
2.10.9	Les gestionnaires de l'établissement communiquent les résultats des activités d'amélioration de la qualité aux parties prenantes, dans un souci de transparence dans le but de contribuer à une culture d'amélioration continue au sein de l'établissement et de son système.	Priorité élevée
2.11.5	Les gestionnaires de l'établissement évaluent de façon continue l'efficacité du cadre de gestion intégré des risques et l'améliore à la lumière des résultats obtenus.	Priorité élevée
2.12.2	Les gestionnaires de l'établissement élaborent, mettent en œuvre et passent en revue régulièrement les politiques et principes en matière de développement durable.	Priorité normale
2.12.3	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des initiatives pour soutenir le développement durable.	Priorité normale
2.12.4	Les gestionnaires de l'établissement utilisent des indicateurs de gestion pour évaluer l'efficacité des initiatives de développement durable dans une optique d'amélioration d'une gestion écoresponsable.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.12.6	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une formation soit offerte afin de renforcer les capacités de gestion écoresponsable, d'atténuation des impacts des changements climatiques et d'adaptation.	Priorité normale

Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Évaluation du chapitre : 88,9 % des critères sont conformes

11,1 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe de visiteurs a eu l'occasion de rencontrer les directeurs de services financiers, informationnels, de la transformation numérique et des ressources humaines. Pour l'ensemble de ces directions, ils sont en poste au CISSS de la Montérégie-Ouest depuis moins d'un an. Ils étaient assistés par leurs équipes. Il a été possible de constater leur grande volonté à mettre tout en œuvre pour répondre aux besoins de leurs clients; ils sont dynamiques et bien informés dans leurs domaines respectifs. Plusieurs obstacles se présentaient à eux; ils en ont fait part aux visiteurs et ont ébauché des pistes de solution.

L'établissement bénéficie de développements majeurs : la construction d'un nouvel hôpital comprenant plus de 400 lits sur leur territoire, l'agrandissement de l'Hôpital Anna-Laberge ainsi que la création de maisons des aînés et alternatives dans deux secteurs de leurs territoires. Ces développements entraîneront une embauche massive de nouveaux employés dans un contexte de pénurie provinciale. Il y a un risque que les ressources soient déplacées davantage lors des affiches internes, attirées par l'attrait de nouveaux sites dans les deux prochaines années. Les ressources humaines constituent un défi colossal, combiné aux orientations ministérielles exigeant l'abolition de la main-d'œuvre indépendante dès l'automne 2024. Plusieurs initiatives sont actuellement menées pour faire face à cet enjeu majeur, dont un plan d'activation, le recrutement croisé, l'affichage interne de postes anticipés, etc. L'équipe des visiteurs est consciente des défis que cela représente pour l'établissement et de l'impact sur les ressources qui seront très sollicitées.

Un des principaux chantiers est la fidélisation des ressources humaines. Plusieurs outils ont été mis en place, par exemple la révision du processus d'accueil, d'intégration et de jumelage de nouveaux employés, l'introduction des veilleurs, la mise à disposition de rabais corporatifs, un gymnase accessible au personnel, le télétravail et la volonté de rendre disponible des lieux, destinés aux employés à la suite des travaux d'agrandissement ou de rénovation.

La direction des finances travaille avec les gestionnaires concernés dans l'implantation des directives ministérielles sur le financement axé sur les patients (FAP). L'équipe est encouragée à s'adjoindre les médecins des secteurs, selon le calendrier de déploiement du FAP, afin d'assurer leur adhésion et l'atteinte des cibles de performances prescrites.

Des moyens de communication variés devront être mis en place pour s'assurer de tenir informé l'ensemble des intervenants de l'établissement afin de les rassurer sur l'évolution de la situation de la main-d'œuvre.

La direction des services informatiques et la direction de la transformation numérique sont à revoir le rôle de pilotes de systèmes d'information. Elle est encouragée à poursuivre cette démarche afin d'outiller les pilotes et d'harmoniser leurs rôles.

Les visiteurs ont échangé avec le gestionnaire du service des archives sur l'évaluation de la qualité des données. Ils comprennent qu'il y a une volonté d'harmonisation de la pratique d'évaluation pour l'ensemble du CISSS avec l'arrivée prochaine d'une nouvelle ressource. L'établissement est encouragé à poursuivre cette démarche.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.3.1	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers et les personnes proches aidantes pour déterminer les caractéristiques et les valeurs clés requises pour tous les titres d'emploi, conformément à une approche de soins centrés sur la personne.	Priorité normale
3.3.11	Les membres de la haute direction de l'établissement procèdent à l'évaluation du rendement des gestionnaires en utilisant des outils qui réfèrent aux résultats attendus au regard d'objectifs prédéfinis.	Priorité normale
3.3.12	Les gestionnaires de l'établissement évaluent régulièrement l'engagement de la main-d'œuvre et utilisent l'information recueillie dans le but d'améliorer le climat de travail.	Priorité normale
3.3.13	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des stratégies de rétention de la main-d'œuvre et évaluent régulièrement l'efficacité de ces mesures.	Priorité normale

Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Évaluation du chapitre : 94,8 % des critères sont conformes

5,2 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les visiteurs ont rencontré la personne nouvellement embauchée qui a la responsabilité du développement durable, une politique doit être déposée au conseil d'administration dans les prochains jours. Plusieurs projets leur ont été présentés, l'équipe est encouragée à poursuivre ses initiatives.

Lors des échanges avec l'équipe, il est compris que le processus du plan de maintien d'actifs des équipements médicaux est bien rodé et que le plan d'entretien préventif est aussi efficace. Il convient de souligner la qualité de l'équipe du génie biomédical rencontré.

L'établissement s'est doté d'une politique afin de réaliser le bilan comparatif des médicaments (BCM) et a travaillé à instaurer cette pratique organisationnelle requise. La pénurie de ressources actuelle n'a pas permis de déployer le bilan comparatif dans l'ensemble des missions du CISSS. Il est compris que le système d'information de la pharmacie est maintenant harmonisé et qu'il y a une volonté d'instaurer et déployer le BCM dans l'ensemble de l'établissement. L'établissement est encouragé à poursuivre en ce sens afin de sécuriser ce maillon dans le parcours de l'utilisateur.

Les visiteurs ont rencontré plusieurs membres de l'équipe de commissaires aux plaintes. Ceux-ci ont démontré qu'ils soutiennent les usagers dans la réponse à leurs insatisfactions et aux suivis effectués et qu'ils s'assurent aussi d'assister les usagers afin qu'ils obtiennent les services dont ils ont besoin.

Le processus de déclaration et de divulgation des incidents et accidents est bien déployé et une culture de non-blâme encourage les professionnels à déclarer les incidents et les accidents dans une volonté de s'améliorer. Il faut souligner le travail accompli afin de reprendre le niveau de déclaration qui avait été réduit durant la période de la pandémie. L'équipe est encouragée à poursuivre ses démarches afin que les indicateurs sur les incidents et accidents soient disponibles dans l'entrepôt de données Power BI.

Les visiteurs ont eu l'occasion d'observer 4 traceurs sur des événements de sécurité ayant eu lieu au cours des derniers mois. Ces traceurs ont permis d'améliorer des processus afin que les situations décrites ne se représentent plus à l'avenir. L'équipe est encouragée à poursuivre ces traceurs et les analyses de causes souches et à réaliser des retours aux équipes afin d'en tirer des apprentissages et d'apporter des solutions.

Les visiteurs ont eu l'occasion de consulter des dossiers d'employés et de bénévoles. Les dossiers des employés ont été numérisés au cours des derniers mois, la numérisation n'a pas permis de séparer les différentes sections des dossiers afin de trouver l'information rapidement. Par ailleurs, depuis la numérisation de l'ensemble du fonds d'archive des dossiers des employés, un système de classement des fichiers permet de retrouver l'information. Cela permet à plusieurs membres de l'équipe (mandatée) de consulter les dossiers des employés indépendamment du site où ils se trouvent.

Il a été constaté que l'évaluation de la contribution des employés n'est pas versée au dossier des employés et que le pourcentage d'évaluation est faible, soit de 37 % pour le personnel d'encadrement et de 11 % pour l'ensemble du personnel. La direction est encouragée à s'assurer que les évaluations de la contribution sont réalisées régulièrement et versées au dossier des employés.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.11	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté afin d'évaluer régulièrement l'efficacité des pratiques concernant la sécurité culturelle et utilisent les résultats pour apporter des améliorations, le cas échéant.	Priorité normale
4.2.6	<p>Les gestionnaires de l'établissement utilisent un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>4.2.6.5 La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.</p>	POR
4.3.2	<p>Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure qui encadre la divulgation aux usagers et aux personnes proches aidantes des incidents liés à la sécurité et favorise un suivi axé sur le soutien.</p> <p>4.3.2.2 La procédure de divulgation est passée en revue et mise à jour avec l'apport des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre.</p>	POR

Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Évaluation du chapitre : 90,3 % des critères sont conformes

9,7 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Un plan des situations d'urgence et de sécurité civile est en place et traite plusieurs situations. Les équipes travaillent en collaboration pour harmoniser et personnaliser leurs procédures.

Un système de valise de garde est en place afin de bien faire la communication des situations d'urgences. L'équipe du CISSS de la Montérégie-Ouest est continuellement en action pour trouver des pistes de solutions.

Les équipes d'intervenants se rencontrent, à chaque début d'année, pour planifier un plan d'amélioration des enjeux qui sont présents. Durant l'année, il y a plusieurs rencontres afin de valider les avancées des enjeux.

Les intervenants psychosociaux sont continuellement sollicités lors des situations d'urgence et de sinistres.

Plusieurs événements vécus sont documentés et des pistes d'amélioration sont identifiées. Les exercices d'évacuation seraient à effectuer plus régulièrement.

Les formations pour les nouveaux intervenants sont disponibles sur le site du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Toutes les notifications de prédispositions à des situations d'urgence sont vérifiées chaque jour et leur évolution est suivie, ce qui permet d'intervenir rapidement selon les besoins.

La sécurité civile travaille avec l'équipe du CISSS de la Montérégie-Ouest dans le plan de la sécurité nationale en partenariat bidirectionnel. Ils travaillent sur des pistes d'améliorations au niveau régional et provincial.

Le service d'intervention en prévention participe directement avec le CISSS de la Montérégie-Ouest, afin de présenter les perspectives de prévention.

L'établissement est encouragé à poursuivre des rencontres avec les municipalités pour le déploiement de la mission de santé du plan régional de sécurité civile, assurant ainsi une action concertée mutuelle entre les organisations.

Presque tous les critères de ce processus sont conformes, les équipes concernées méritent des félicitations.

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.3.4	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour répondre à une période potentielle d'intensification de la demande de soins et services afin d'assurer un triage et une gestion efficace des traitements actifs, des transferts d'usagers et des congés lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
5.3.7	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à déplacer la main-d'œuvre, les usagers, l'équipement, les ressources et les fournitures, si nécessaire, lors de situations d'urgence et de sinistres en toute sécurité.	Priorité élevée
5.5.2	Les gestionnaires de l'établissement effectuent régulièrement des exercices de simulation afin de valider l'efficacité de leur plan d'intervention et de ses procédures prévues lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée

Télésanté

Évaluation du chapitre : 95,5 % des critères sont conformes

4,5 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Le secteur de télésanté communément appelé Téléconsultation externe est reconnu depuis les années 2000 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Quelques projets pilotes avaient été mis en place avant la pandémie, mais la télésanté a vraiment pris son envol au début de la pandémie de la COVID-19. Les usagers avaient des besoins de consultation, de suivi et de continuité des services durant la crise.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest a répondu aux besoins de la clientèle, et ce, tout en respectant les règles de confinement établies par le MSSS pour la sécurité des usagers et des professionnels qui ont favorisé la montée grandissante et innovante de la télésanté.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest ne fait pas exception à la règle. La Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire a été mandatée pour le développement de la télésanté. L'équipe s'est mise rapidement en mode action.

Des rencontres avec le réseau des partenaires internes et externes se sont créées. Les déploiements des modalités de télésanté ont rapidement été mis dans un contexte de contingence afin de soutenir les directions des équipes de soutien aux différents intervenants et aux usagers.

L'équipe de travail est dynamique, stable et encouragée à poursuivre son magnifique travail. Fort de cette expérience, les personnes rencontrées mentionnent les bienfaits de la télésanté, un moyen innovant qu'il faut conserver afin de répondre aux besoins de la clientèle et de faire la différence.

La grande capacité d'adaptation des professionnels dont le souci premier était de prodiguer des soins et services de qualité a été observée. Des programmes d'intégration spécifiques ont d'ailleurs été conçus afin d'assurer le respect des règles de soins et des champs de pratique établis. Ces expériences se sont soldées par une meilleure satisfaction de la clientèle et une collaboration interprofessionnelle. Des projets sont en cours de développement dans un avenir rapproché.

Les équipes sont invitées à poursuivre les efforts et à faire connaître les réalisations! Félicitations!

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.2.8	Les gestionnaires de l'établissement communiquent les informations à l'égard des activités d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages liés aux services de télésanté aux usagers, aux équipes de soins, aux gestionnaires de l'établissement ainsi qu'aux autres établissements ou organismes.	Priorité normale
7.3.4	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une entente écrite est élaborée, remplie et mise en œuvre entre l'établissement qui offre des services de télésanté hors site et l'établissement qui offre des soins et services directs à l'utilisateur dans le cadre des services de télésanté.	Priorité normale

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 78,6 % des critères sont conformes

21,4 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La prévention et le contrôle des infections sont soutenus par une structure qui favorise l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle et interdirection. Le partage de la responsabilité et des efforts entre les membres de la gouvernance rencontrés est bien senti et très porteur.

La mise en place d'une table clinique pour les secteurs extrahospitaliers est une initiative à souligner qui favorise la mobilisation des membres et est porteuse de résultats pour la mise en œuvre du programme.

Cependant, il a été constaté que le taux de présence des membres aux rencontres compromet la tenue par absence de quorum. L'établissement est encouragé à envisager une analyse de la composition et du fonctionnement des divers comités, dont le comité stratégique, afin d'identifier des pistes d'actions favorisant l'engagement de tous les acteurs dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du programme.

Il serait également pertinent de réviser et d'intégrer les différents documents, tel le guide qui fait office de programme pour constituer un réel programme en prévention et contrôle des infections.

La volonté d'impliquer davantage les intervenants sur le terrain est une approche porteuse et se traduit concrètement par la mise en place de diverses stratégies pour obtenir les résultats souhaités. Il convient de noter l'élaboration par les équipes de soins de plans d'action élaborés lors d'éclosions et l'identification de champions en prévention et contrôle des infections. Cette approche est d'autant plus importante qu'une baisse de conformité au niveau de l'hygiène des mains a été constatée. Les outils cliniques sont en place et connus du personnel. Les stratégies de communication variées, innovantes, favorisent la mobilisation des différents acteurs.

Le nombre de postes vacants et non remplacés place l'équipe de conseillères en contrôle et prévention des infections dans une situation difficile. Le manque d'outils comme un logiciel spécifique au contrôle et la prévention des infections exacerbe cette difficulté, car elles doivent consacrer beaucoup de temps à entrer manuellement l'ensemble de leurs données, ce qui les oblige à faire des choix difficiles. De plus, l'absence d'un officier médical en contrôle et prévention des infections ralentit l'atteinte de résultats, telle la mise en place d'un programme d'antibiogouvernance. Malgré tout, les membres de cette équipe sont compétents, motivés et assument un leadership dans leur domaine. L'ajout de membres à leur structure, telle une technicienne en bâtiment, est soutenant pour assurer l'implication de l'équipe dans les nombreux travaux de construction ou de rénovation en cours.

Au niveau des services d'hygiène et salubrité, une nouvelle équipe est en place en remplacement d'un service contractuel. L'équipe est mobilisée et est en action pour assurer les bonnes pratiques en hygiène et salubrité, la gestion des déchets biomédicaux et la mise en place d'audits qui seront soutenus par l'acquisition souhaitée d'un logiciel.

Au niveau des espaces, il est constaté que les défis concernant la distinction du propre et du souillé principalement dans les salles de préparation des soins de même que dans les espaces d'entreposage demeurent omniprésents. De plus, l'encombrement des espaces constaté dans plusieurs secteurs rend difficile un entretien efficace des lieux.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Programme de prévention et de contrôle des infections

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.6	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de la disponibilité d'un médecin qualifié en prévention et en contrôle des infections pour conseiller et collaborer avec l'équipe de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale
8.1.8	Les gestionnaires de l'établissement disposent des profils de poste pour les membres de l'équipe de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale
8.2.2	Le comité interdisciplinaire définit clairement les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité normale
8.2.6	Les équipes ont accès à des outils d'aide à la décision clinique qui portent sur le nettoyage des équipements médicaux prêtés, partagés, consignés ou loués.	Priorité élevée
8.2.7	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique relatifs aux cadres de référence applicables en matière de gestion des produits alimentaires dans les environnements de soins.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.9	Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.	POR
8.2.9.1	Les équipes suivent la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	
8.2.9.2	Les équipes coordonnent les étapes pour s'assurer que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection bas niveau de façon efficace.	
8.2.9.3	Les équipes utilisent des équipements et des fournitures de nettoyage et de désinfection de bas niveau appropriés dans une zone appropriée.	
8.2.9.5	Les équipes participent à des activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections de l'établissement.	
8.2.10	Les gestionnaires de l'établissement assurent la conformité aux politiques et aux procédures sur la prévention et le contrôle des infections.	Priorité normale
8.2.22	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur la manipulation du matériel biologique contaminé.	Priorité élevée
8.2.23	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'élimination des objets pointus ou tranchants.	Priorité élevée
8.3.12	Le comité interdisciplinaire dispose d'un plan d'évaluation pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.3.13	Le comité interdisciplinaire recueille des commentaires sur le programme de prévention et de contrôle des infections auprès des équipes dans le cadre de l'évaluation de ce programme.	Priorité normale
8.3.15	Le comité interdisciplinaire utilise les résultats de l'évaluation du programme de prévention et de contrôle des infections pour informer le plan d'amélioration de la qualité.	Priorité normale

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 87,1 % des critères sont conformes

12,9 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les services de retraitement des dispositifs médicaux sont des secteurs très sensibles en ce qui concerne les risques pour la qualité et la sécurité des usagers.

L'établissement a fait beaucoup d'efforts au cours des dernières années pour assurer la conformité de ses services aux normes et bonnes pratiques, dont les travaux réalisés à l'unité de retraitement de l'Hôpital du Suroît. La traçabilité est facilitée à l'unité de retraitement de l'Hôpital Anna-Laberge qui dispose d'un système d'information, mais demeure à réaliser pour l'Hôpital du Suroît. Des travaux sont en cours et l'établissement est encouragé à les compléter dans les meilleurs délais possibles. Les politiques et procédures sont en place, mais leur respect n'est pas mesuré par un processus d'audits structuré.

Les équipes rencontrées sont dynamiques et engagées. Une structure de comité incluant l'ensemble des sites facilite la concertation et l'engagement de tous et devrait soutenir la mise en place d'un réel plan d'amélioration de la qualité avec des objectifs mesurables. Le retraitement est centralisé aux unités de retraitements, des liens sont faits avec les satellites et certains audits sont effectués, mais pas sur une base récurrente. Il serait approprié, pour bien assumer ses responsabilités et l'imputabilité qui en découle, que tous les secteurs utilisant des dispositifs médicaux soient régulièrement visités pour s'assurer que les pratiques correspondent aux meilleurs standards.

Une veille des bonnes pratiques, l'identification des risques, le suivi d'indicateurs sensibles, structurés dans un tableau de bord, permettraient une gestion dynamique et proactive, particulièrement si le tout est soutenu par un processus d'analyse. Cela favoriserait l'adéquation entre les ressources et les services dispensés, mais permettrait également d'identifier de façon précoce les enjeux de qualité et ainsi assurer la qualité et la sécurité des services dispensés. La présence d'une conseillère en soins affectée à ce secteur d'activité est une initiative à souligner.

Bien que les employés aient accès à des formations en cours d'emploi, leur profil académique nécessiterait la mise en place d'un plan de développement des compétences individualisé, ce qui favoriserait leur passage de novice à expert correspondant au profil de compétences déjà défini.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Services de retraitement des dispositifs médicaux

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.2.5	Les gestionnaires de l'établissement préparent la main-d'œuvre à exercer les fonctions nécessaires grâce à une formation effectuée dans un programme spécialisé en retraitement des dispositifs médicaux et qui est reconnu dans le milieu de la santé.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.2.9	L'équipe respecte les procédures organisationnelles de prévention et de contrôle des infections, notamment celles en lien avec les techniques d'hygiène des mains.	Priorité élevée
9.2.10	L'équipe respecte la procédure organisationnelle en lien avec la tenue vestimentaire dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux.	Priorité élevée
9.3.6	Les équipes respectent la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le processus de décontamination des dispositifs médicaux au point d'utilisation.	Priorité élevée
9.3.9	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le triage des dispositifs médicaux contaminés.	Priorité normale
9.3.10	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage des dispositifs médicaux.	Priorité normale
9.5.5	L'équipe respecte les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour le prénettoyage immédiat des dispositifs endoscopiques flexibles au point d'utilisation.	Priorité élevée
9.6.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que des objectifs mesurables sont établis pour l'évaluation des services de retraitement des dispositifs médicaux et le plan d'amélioration continue.	Priorité élevée

Gestion du circuit du médicament

Évaluation du chapitre : 87,1 % des critères sont conformes

12,9 % des critères ne sont pas conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les politiques et les procédures sont uniformisées dans les installations où se trouvent des services du département de pharmacie, et ce, de l'approvisionnement à la livraison des médicaments dans les unités de soins.

Plusieurs comités interdisciplinaires sont en action et répondent aux besoins des différentes clientèles. Ces comités sont chapeautés par le comité central. Le circuit du médicament se déploie en conformité avec les normes de qualité et de sécurité pour la clientèle.

Chaque membre du personnel de la pharmacie connaît bien ses fonctions et ses responsabilités. Les activités techniques et cliniques sont définies selon les secteurs d'activités.

La gestion des risques est assurée par la déclaration des accidents et incidents et prise en charge par les services concernés. Un plan d'amélioration est élaboré et mis à la disposition du personnel afin que des actions soient mises en place et qu'un suivi soit apporté pour assurer la sécurité des usagers.

L'utilisation de la technologie a permis d'optimiser plusieurs circuits et d'en assurer la qualité. Le département est encouragé à poursuivre dans cette voie.

Plusieurs projets sont en cours de réalisation, et l'établissement est encouragé à y donner forme. Parmi ces projets, il y a la poursuite de l'élaboration de la bibliothèque pour les pompes à perfusion et les pousse-seringues, ainsi que la collaboration avec les parties prenantes pour l'implantation du bilan comparatif des médicaments dans les services ciblés.

L'établissement est invité à réactiver les activités du comité pour l'identification et le suivi des infections, mais aussi, à se doter d'un outil efficace pour répondre aux mandats du comité.

Le département de pharmacie est en pénurie de personnel, le département est encouragé à continuer les démarches pour le recrutement.

Plusieurs documents sont mis en visibilité dans les unités de soins pour assurer la vigilance du personnel envers la clientèle au niveau de l'administration des médicaments. À titre d'exemple, la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé ainsi que la liste des abréviations à ne pas utiliser.

La présence des visiteurs dans les différentes unités a permis de constater que le personnel se dit appuyé par le service de la pharmacie. De plus, la présence des pharmaciens dans les unités de soins apporte du soutien et des compétences supplémentaires dans les services dispensés par le personnel des soins.

L'établissement est encouragé à renforcer la collecte d'information précisément à l'urgence pour les allergies, les réactions antérieures et le poids des usagers afin d'assurer un service pharmacologique sécuritaire.

Les employés des unités visitées dans les soins de courte durée, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), l'unité de réadaptation en déficience physique et l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ont tous exprimé leur satisfaction par rapport au soutien apporté par le

service de la pharmacie. À l'URFI située au CHSLD et centre de réadaptation en déficience physique de Vaudreuil-Dorion, la clientèle reçoit des services de l'établissement ou de plusieurs pharmacies privées. Il est constaté que le service de plusieurs pharmacies privées demande une vigilance accrue de la part du personnel infirmier afin d'assurer une démarche sécuritaire après des personnes hébergées.

L'auto-administration des médicaments existe en obstétrique. L'établissement est encouragé à poursuivre ce projet afin que la clientèle éligible puisse en bénéficier dans une perspective d'autonomie.

L'implication des pharmaciens dans les CHSLD au niveau du projet *Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services — Antipsychotiques (OPUS-AP)* et du *Projet d'évaluation de la personnalisation des soins infirmiers, médicaux et pharmaceutiques (PEPS)* est grandement appréciée par les équipes.

Les visiteurs ont constaté un grand engagement et une fierté des équipes pour l'excellence, la rigueur et le professionnalisme dans leur travail dans l'ensemble des unités visitées.

Le centre de réadaptation en dépendance Saint-Philippe et le CRDITSA-Résidence Hector sont desservis de façon sécuritaire par des pharmacies privées. La vigilance demeure présente de la part du personnel afin d'assurer la conformité aux politiques et procédures du CISSS de la Montérégie-Ouest (ex. médicaments de niveau d'alerte élevée, utilisation d'abréviations à ne pas utiliser, opioïde à concentration élevée).

Les communications avec les partenaires sont efficaces et démontrent un intérêt commun pour la sécurité et la qualité des services à la clientèle.

Les entretiens avec des usagers et des personnes hébergées ont démontré la satisfaction de ces derniers par rapport aux soins reçus et l'approche adéquate pour répondre à leurs besoins.

Tableau 11 : Critères non conformes en matière de Gestion du circuit du médicament

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.2	Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.3	Le comité interdisciplinaire assure la mise en œuvre d'un programme de gérance des antimicrobiens.	POR
10.1.3.1	Un programme de gérance des antimicrobiens est mis en œuvre.	
10.1.3.2	Les rôles et responsabilités de la mise en œuvre du programme sont bien définis.	
10.1.3.3	Le programme est interdisciplinaire et comprend la participation des pharmaciens, des infectiologues, des spécialistes en prévention des infections, des médecins, et selon la disponibilité et la pertinence, des technologues de laboratoire de microbiologie, des usagers, du personnel infirmier, des administrateurs de l'hôpital et des spécialistes des systèmes d'information.	
10.1.3.4	Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens.	
10.1.3.5	Le programme de gérance des antimicrobiens inclut des activités d'amélioration continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.	
10.1.10	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant l'utilisation des échantillons de médicaments.	Priorité élevée
10.3.1	Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.	Priorité élevée
10.3.14	Le comité interdisciplinaire établit des limites de doses contournables et incontournables pour tous les médicaments administrés par perfusion.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.3.15	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes une procédure qui précise le moment et la façon de contourner les alertes des pompes à perfusion intelligentes.	Priorité élevée
10.3.16	L'équipe de pharmacie met à jour régulièrement la bibliothèque de médicaments entreposés dans les pompes à perfusion intelligentes.	Priorité normale
10.4.3	<p>Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>10.4.3.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	POR
10.10.4	Le comité interdisciplinaire met en œuvre une procédure pour l'autoadministration sécuritaire des médicaments par les usagers.	Priorité élevée
10.10.5	Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure d'autoadministration afin de déterminer quels médicaments peuvent être autoadministrés par les usagers.	Priorité normale
10.10.6	Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure afin de déterminer si un usager est apte à l'autoadministration de médicaments.	Priorité normale
10.10.7	Les équipes cliniques respectent la procédure pour l'étiquetage et l'entreposage des médicaments visés par l'autoadministration.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.10.8	Les équipes cliniques offrent une formation et une supervision appropriées à l'utilisateur avant l'autoadministration, ce qui est consigné dans son dossier.	Priorité élevée
10.10.9	Les équipes cliniques respectent la procédure pour la tenue du dossier clinique lorsque l'utilisateur participe au programme d'autoadministration des médicaments.	Priorité normale