



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Châteauguay, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 3 au 7 avril 2022

Date de production du rapport : 19 mai 2022

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 avril 2022. Ce rapport de visite 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 de visite.

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 de visite au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	20
Commentaires de l'organisme	24
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	25
Résultats détaillés de la visite	28
Résultats pour les manuels d'évaluation	29
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	29
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	31
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	40
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	43
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	45
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	48
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	52
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	57
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	60
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	62
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	64
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	66
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	69
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	72
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	74

Programme Qmentum

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	76
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	78
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	81
Ensemble de normes : Télésanté	81
Annexe A - Programme Qmentum	83

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 mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent 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 sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

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.

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 3 au 7 avril 2022**

- **Emplacements**

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

1. Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire Jardins-Roussillon
2. CLSC de Châteauguay
3. CLSC de Huntingdon / Huntingdon CLSC
4. CLSC Kateri 87B boulevard Marie-Victorin
5. Hôpital Anna-Laberge
6. Hôpital Barrie Memorial
7. Hôpital du Suroît

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Santé physique
2. Services généraux

- **Normes**

Normes sur l'excellence des services

1. Télésanté

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 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.

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.)	12	1	0	13
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	98	8	1	107
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	412	54	55	521
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	18	5	0	23
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	395	32	44	471
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	62	9	0	71
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	343	46	38	427
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	30	1	4	35
Total	1370	156	142	1668

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer 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.

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Santé physique									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	36 (92,3%)	3 (7,7%)	1	47 (97,9%)	1 (2,1%)	0	83 (95,4%)	4 (4,6%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	43 (84,3%)	8 (15,7%)	0	58 (87,9%)	8 (12,1%)	6	101 (86,3%)	16 (13,7%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	37 (90,2%)	4 (9,8%)	0	35 (83,3%)	7 (16,7%)	6	72 (86,7%)	11 (13,3%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	40 (90,9%)	4 (9,1%)	0	57 (91,9%)	5 (8,1%)	6	97 (91,5%)	9 (8,5%)	6

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	50 (96,2%)	2 (3,8%)	24	70 (98,6%)	1 (1,4%)	14	120 (97,6%)	3 (2,4%)	38
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	21 (84,0%)	4 (16,0%)	3	49 (84,5%)	9 (15,5%)	2	70 (84,3%)	13 (15,7%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	75 (91,5%)	7 (8,5%)	0	55 (94,8%)	3 (5,2%)	6	130 (92,9%)	10 (7,1%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	26 (89,7%)	3 (10,3%)	0	32 (88,9%)	4 (11,1%)	6	58 (89,2%)	7 (10,8%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	69 (94,5%)	4 (5,5%)	4	50 (90,9%)	5 (9,1%)	7	119 (93,0%)	9 (7,0%)	11
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	24 (96,0%)	1 (4,0%)	11	22 (78,6%)	6 (21,4%)	24	46 (86,8%)	7 (13,2%)	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	12 (92,3%)	1 (7,7%)	0	14 (87,5%)	2 (12,5%)	0
Total	423 (91,2%)	41 (8,8%)	43	487 (90,7%)	50 (9,3%)	77	910 (90,9%)	91 (9,1%)	120

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Services généraux									
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	36 (90,0%)	4 (10,0%)	0	46 (97,9%)	1 (2,1%)	1	82 (94,3%)	5 (5,7%)	1
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	13 (86,7%)	2 (13,3%)	2	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0	31 (91,2%)	3 (8,8%)	2
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	15 (88,2%)	2 (11,8%)	1	39 (92,9%)	3 (7,1%)	0	54 (91,5%)	5 (8,5%)	1
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0	26 (96,3%)	1 (3,7%)	0	33 (94,3%)	2 (5,7%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	5 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	23 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	34 (94,4%)	2 (5,6%)	2	41 (93,2%)	3 (6,8%)	5	75 (93,8%)	5 (6,3%)	7
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	21 (77,8%)	6 (22,2%)	1	31 (91,2%)	3 (8,8%)	7	52 (85,2%)	9 (14,8%)	8
Total	131 (88,5%)	17 (11,5%)	49	219 (94,8%)	12 (5,2%)	13	350 (92,3%)	29 (7,7%)	19

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	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
Télésanté									
Ensemble de normes : Télésanté	19 (90,5%)	2 (9,5%)	0	26 (83,9%)	5 (16,1%)	1	45 (86,5%)	7 (13,5%)	1
Total	19 (90,5%)	2 (9,5%)	49	26 (83,9%)	5 (16,1%)	1	45 (86,5%)	7 (13,5%)	1
Total	573 (90,5%)	60 (9,5%)	49	732 (91,6%)	67 (8,4%)	91	1305 (91,1%)	127 (8,9%)	140

* 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. 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
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité		
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	1 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	1 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	4 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	4 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	3 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	4 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Non Conforme	2 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	3 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Non Conforme	3 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	2 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3

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.

Ce rapport fait état des observations des visiteurs dans le cadre de la visite de la séquence 3 du programme Qmentum d'Agrément Canada. Cette troisième séquence vise la santé physique, les services généraux et la télésanté.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest dessert une population de 460 000 personnes à majorité francophone de la rive sud de la région métropolitaine de Montréal. Le CISSS de la Montérégie-Ouest procure de l'emploi à plus de 11 200 employés et 530 médecins dans plus de 128 installations de quatre réseaux locaux de services. Le CISSS de la Montérégie-Ouest dispose d'un budget de plus d'un milliard de dollars. Malgré de nombreux efforts et de belles initiatives de recrutement comme la diffusion de vidéos sous le thème «travaillons ensemble» mettant en vedette les équipes de travail dans une perspective empreinte d'humanisme et d'empathie, l'établissement fait face à une pénurie de personnel dans tous les secteurs. La pandémie a exacerbé cette situation et l'équipe a pu compter sur la solidarité du personnel pour faire face à cette situation sans précédent.

Un nouveau président-directeur général est en poste depuis moins d'un an ainsi que plusieurs membres de l'équipe de direction. Cette nouvelle direction veut insuffler un vent de changement dans une approche de gestion de proximité tout en poursuivant les travaux entrepris. La philosophie est basée sur la cohérence, la solidarité; elle mise sur le travail collectif autant des gestionnaires que des employés. L'équipe veut «comprendre les choses afin de saisir ce qui se passe».

Comme dans tous les établissements de santé du Québec, du Canada et du monde entier, la pandémie a apporté au CISSS de la Montérégie-Ouest son lot de défis durant les deux dernières années. L'établissement a fait preuve d'agilité pour répondre aux besoins de la population dans ces moments difficiles. Le soutien de l'équipe de prévention et contrôle des infections ainsi que leurs expertises ont permis aux équipes terrain et aux gestionnaires d'avoir tout le soutien requis pour faire face à la situation. Il convient de souligner le travail acharné du personnel, des médecins et des gestionnaires pour s'assurer des soins sécuritaires dans cette période.

La mission et la planification stratégique sont dictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), il n'en demeure pas moins que l'établissement a su les personnaliser et les adapter pour donner un sens à leur réalité locale. Les valeurs organisationnelles sont la bienveillance, l'audace, la collaboration, l'engagement et la cohérence. Plusieurs projets font preuve d'audace et de créativité et sont constatés sur le terrain.

Comme dans plusieurs régions du Québec, la population est vieillissante et aux prises avec des problématiques complexes. Un plan clinique 2023-2033 est en consultation auprès des principaux acteurs internes et externes de l'établissement afin de bien définir les besoins populationnels. Il faut noter particulièrement la consultation citoyenne des différents réseaux locaux de services. De plus, le début des travaux de construction du nouvel hôpital de Vaudreuil-Soulanges dont l'ouverture est prévue en 2026 amènera un souffle nouveau et un ajout additionnel pour la communauté pour répondre à leurs besoins.

Plusieurs partenaires travaillent de concert avec l'établissement particulièrement en services généraux pour répondre aux besoins populationnels pour les personnes vulnérables. Les partenaires se disent fort satisfaits des relations avec le CISSS de la Montérégie-Ouest qui se font dans un esprit de collaboration, de soutien, d'écoute et en mode solution. L'entente PHARE (lutte contre la violence conjugale) témoigne de cette belle collaboration des intervenants du réseau.

Différents modes de communication de type cascades et escalades permettent au personnel d'être informé de la situation de l'établissement et à l'équipe de direction de comprendre les enjeux organisationnels et du terrain.

L'équipe a élaboré des plans d'amélioration pour chaque pratique organisationnelle requise. Cependant, un travail de consolidation doit être fait pour assurer des soins et services sécuritaires et de qualité.

Les équipes font le suivi d'indicateurs de qualité dictés par le MSSS et des plans d'action sont élaborés. Les intervenants s'assurent du respect des échéanciers et ajustent les plans d'action au besoin.

COMMENTAIRES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE

Les services de santé physique visent une approche populationnelle dans les sphères de prévention, d'intervention, de rétablissement et de prise en charge. La pandémie a eu des impacts importants sur les délais d'attente notamment pour donner suite au délestage de certains secteurs pendant une période déterminée. Ces délais d'intervention sont connus et suivis; plusieurs stratégies d'atténuation sont amorcées. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts pour limiter les accès hors délais.

Plusieurs services surspécialisés sont offerts par des partenaires à l'extérieur du territoire. Cependant, plusieurs ne sont pas soutenues par des ententes de services. L'établissement démontre un intérêt certain pour la gestion des risques et adresse la qualité des services et l'amélioration continue. Les enjeux de fluidité de trajectoires dans le contexte hospitalier et ambulatoire sont les objectifs prioritaires de l'établissement et les cartographies de continuum de soins ont permis une meilleure compréhension des écarts de qualité. Les équipes ont misé sur différentes stratégies, comme un modèle de cogestion médicale et la nomination de directeurs des activités hospitalières pour améliorer l'encadrement et créer une gestion participative. Le travail amorcé est à poursuivre pour assurer une meilleure trajectoire de soins de la clientèle.

L'informatisation du dossier de l'utilisateur est à prioriser pour favoriser une meilleure communication, soutenir la fluidité de trajectoire de la clientèle et assurer la sécurité des soins et des services.

La culture de la mesure et l'évaluation de la performance sont en implantation, mais un effort supplémentaire est requis dans certains champs d'activités pour tendre vers une appropriation clinique des indicateurs de performance. Les salles de pilotage opérationnelles avaient vu le jour avant la pandémie et l'établissement est encouragé à insuffler un nouveau souffle pour remettre au programme ce partage et ainsi favoriser une plus grande imputabilité clinique.

Les bonnes pratiques sont une priorité clinique. On retrouve une grande créativité dans le développement d'approches pour tendre vers l'excellence. Les projets comme la COVID longue et Prév-actIOn sont des innovations qui témoignent de l'esprit clinique pour répondre aux besoins de la clientèle. L'établissement est encouragé à impliquer les intervenants ainsi que les usagers et leurs familles dans la recherche de solutions et uniformiser les meilleures pratiques à travers le CISSS de la Montérégie-Ouest.

COMMENTAIRES SERVICES GÉNÉRAUX

Soucieuses de la continuité des trajectoires de soins et de services, les équipes des services généraux travaillent selon une approche interdisciplinaire et en étroite collaboration avec les différents partenaires internes et externes. La culture de collaboration est bien ancrée et s'appuie sur des liens à la fois formels et informels. Un défi de taille demeure afin d'atteindre une pleine conformité à la pratique organisationnelle requise (POR) qui traite de la communication de l'information aux points de transition et dans l'identification de critères adaptés à la réalité de la clientèle pour effectuer la référence vers des services spécifiques. Bien que de bonnes pratiques d'intervention soient présentes de manière générale dans l'ensemble des services généraux, des efforts sont à déployer afin de permettre un accès à du soutien clinique psychosocial permettant d'harmoniser les approches d'intervention pour l'ensemble des services sociaux généraux.

L'établissement étant confronté à une hausse des demandes importante, des solutions novatrices ont été déployées pour s'y ajuster. Il n'en demeure pas moins que les enjeux de disponibilité de main-d'œuvre qualifiée sont importants. Les enjeux d'espace de travail dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) près des plus grands centres de population, la disponibilité et la vétusté du matériel médical doivent être considérés dans les priorités organisationnelles.

On retrouve une vision claire de l'implication des usagers partenaires, des pairs aidants et des organismes communautaires dans la réflexion et les décisions entourant l'organisation des services. Ces derniers sont

présents à plusieurs niveaux et leurs réflexions sont prises en compte dans les décisions. L'ajout de coordonnateurs de continuité des services et d'une agente de planification de programmes et de recherche a permis à la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances de se doter d'outils importants pour mener à bien ses projets d'amélioration. L'établissement est encouragé à poursuivre ses démarches dans ce sens.

TÉLÉSANTÉ

Plusieurs secteurs où l'on utilise les technologies de l'information pour dispenser des soins et services à distance sont répertoriés dans l'établissement. La pandémie a fait émerger beaucoup d'initiatives. Des outils pour faciliter le développement de projet sont disponibles sur l'intranet. Les projets cliniques avec l'utilisation de modalités numériques sont nombreux. Toutefois, le besoin de mieux se structurer ressort. Un document qui encadre l'utilisation des modalités de télésanté sera bientôt adopté et diffusé. Un chargé de projet en santé numérique permettra le développement harmonieux de la télésanté dans l'ensemble de l'établissement.

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.

De nombreux défis ont été présents dans notre organisation depuis les derniers mois et nous avons pu compter sur une équipe de direction dévouée à améliorer certaines situations vécues pour le bien-être de notre personnel, nos gestionnaires et nos médecins, mais également pour maintenir de hauts standards de qualité dans notre offre de soins et de services à la population. On ne peut passer sous silence toute l'agilité déployée par les équipes pour traverser les différentes vagues de COVID-19 et la vaccination qui ont apporté leur lot de défis et chamboulé le quotidien de tous.

Cette démarche d'agrément est un parfait exemple de travail collectif où tous travaillent ensemble dans une vision d'amélioration continue. Malgré le contexte de la COVID-19, nous avons choisi de maintenir cette visite, car pour nous, il était important de poursuivre, malgré cette pandémie, nos efforts pour continuer de nous améliorer afin d'offrir de hauts standards de qualité dans les soins et les services à nos usagers et à la population.

Nous sommes conscients que tout n'est pas parfait, mais nous comptons sur cette démarche pour nous aider à nous améliorer. Les recommandations serviront de leviers pour modifier certaines de nos pratiques, toujours dans une optique d'amélioration continue.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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 le chapitre du manuel d'évaluation dans lequel il se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.89 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.129 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.59 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.108 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.42 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) 2.1.28 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique 4.1.50 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu 5.1.34 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.60 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.40

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.22 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) 2.1.6 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique 4.1.9
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.	· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.54 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.35 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.34 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.29
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Prévenir la congestion au service des urgences Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.98 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.66 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.89
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire 11.2.1 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) 2.2.1 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique 4.2.1

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.	· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.36 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.35
Prévention des plaies de pression Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.	· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.37
Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.55 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) 2.1.25

Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

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 pour chaque chapitre.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux chapitres. 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.

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

Résultats pour les manuels d'évaluation

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services		
1.2.12	Les usagers ont accès à un espace consacré à la spiritualité et à un soutien spirituel qui répond à leurs besoins.	
1.3.9	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie.	!
1.3.10	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.11	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.	!
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 1 - Excellence des services		

La direction, les gestionnaires et les intervenants mettent au cœur des actions et décisions, l'excellence des services en santé physique. L'approche collaborative des différentes directions favorise la concertation dans l'amélioration continue des soins et services. Plusieurs stratégies sont mises en place pour soutenir les employés du CISSS et limiter les impacts de la pandémie comme les projets Prendre soin de mon équipe et la mobiliser et Reprends ton élan. La gestion de proximité permet le soutien aux équipes cliniques.

Au niveau des soins centrés sur la personne, la priorité organisationnelle d'optimiser la fluidité de la trajectoire de l'utilisateur est présente, mais des efforts restent à déployer pour formaliser les trajectoires et soutenir le continuum de soin efficace. L'informatique, le déploiement du dossier électronique et la modernisation des différents systèmes d'information utilisés sont des avenues à poursuivre pour soutenir la trajectoire et améliorer la communication aux points de transition.

On retrouve un dynamisme, une créativité et une saisie des circonstances opportunes pour améliorer les services autant chez le personnel d'encadrement que chez les intervenants. Ils ont une bonne connaissance des enjeux au niveau des espaces, de la pénurie de personnel et de fluidité des trajectoires de soins. Cette créativité se traduit par plusieurs projets de qualité clinique. L'établissement est encouragé à poursuivre son implication dans la recherche et l'application de stratégies d'atténuation dans des enjeux comme la gestion des listes d'attentes, la surcapacité et les écarts de fluidité. Le déploiement des salles de pilotage clinique est une avenue à explorer.

La visée d'intervention selon les meilleures pratiques est en place, mais l'uniformisation est variable. Le soutien des conseillères aux données probantes est à géographie variable dans l'établissement. Le comité de coordination des outils cliniques est un bon levier pour poursuivre l'harmonisation sur le territoire. La multiplicité des agents d'intégration des lignes directrices, des liens solides avec les maisons d'enseignement sont des avenues à explorer pour poursuivre la quête d'excellence. L'établissement est encouragé à porter attention aux bonnes pratiques sur les unités de soins pour assurer une conformité aux pratiques organisationnelles et soutenir les soins aux usagers.

L'Hôpital Barrie Memorial est un petit milieu qui présente un caractère familial, personnalisé et une appartenance très forte à la communauté. Le milieu est propice à une gestion de proximité participative et un esprit d'équipe favorisant la communication. La fondation de l'établissement ainsi que l'association des auxiliaires bénévoles sont actives dans le milieu pour améliorer et humaniser l'épisode de soins. L'imputabilité est présente et les indicateurs de performance sont suivis notamment par les intervenants de l'urgence. Les espaces restreints dans ce secteur limitent la conformité des aménagements pour répondre aux contraintes liées à la pandémie.

L'accueil des nouveaux employés est structuré et formalisé et sait s'adapter aux arrivants et à leurs niveaux de compétences. Avec le désir de recrutement de la direction, ce mentorat clinico-administratif sera essentiel dans le maintien des expertises. L'établissement est encouragé à poursuivre dans les plans de formations qui sont déjà bien structurés dans une approche basée sur les meilleures pratiques.

La pandémie a ralenti la place des usagers partenaires et des bénévoles au sein de l'établissement. Les différentes directions sont encouragées à miser sur la relève, déployer des stratégies de recrutement et d'intégration dans les différents comités et dans la recherche de solutions.

Dès la prise en charge, tout est mis en place pour répondre le plus rapidement possible et favoriser le continuum de services. Les usagers rencontrés sont très satisfaits de leurs soins et services et de l'attention portée par le personnel.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services des urgences		
2.1.7	Les obstacles qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.13	Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.	!
2.1.14	Les protocoles établis pour la gestion des cas sont suivis lorsque les lits d'hospitalisation ne sont pas disponibles.	
2.1.17	Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!
2.1.18	Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.	!
2.1.22	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	POR
2.1.22.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
2.1.24	Les usagers acheminés par les services médicaux d'urgence (SMU) sont pris en charge et des évaluations initiales sont effectuées et consignées en temps opportun par une infirmière ou un autre professionnel médical.	
2.1.42	Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.43	Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
2.1.44	Une politique et un processus sont en place pour gérer les questions d'ordre médico-légal au service des urgences.	!

2.1.51	Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.54	En partenariat avec les usagers, familles ou soignants (selon le cas), le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et il peut être achevé à l'unité où les usagers sont acheminés.	POR
2.1.54.1	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.	
2.1.55	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	POR
2.1.55.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
2.1.55.5	La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.	
2.1.66	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
2.1.67	Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.	
2.1.89	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
2.1.89.1	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.	
2.1.89.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
2.1.89.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	

2.1.89.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: 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; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; 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).	
2.1.90	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.	
2.1.95	Des buts et des objectifs relatifs au temps d'attente et à la durée de séjour au service des urgences, à l'acheminement d'usagers vers d'autres établissements, ainsi qu'au nombre d'usagers qui quittent le service sans avoir été vus sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.96	Le temps nécessaire pour assurer le transfert des usagers amenés par ambulance est évalué et utilisé afin d'établir les délais prévus pour le transfert des usagers qui sont amenés au service des urgences par les services médicaux d'urgence (SMU).	
2.1.98	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	
2.1.98.2	Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.	
2.1.98.5	L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).	

2.1.98.6	Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.	
2.1.98.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
2.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services des urgences

L'équipe de l'urgence se distingue par une attitude positive, une proactivité ainsi qu'un esprit d'équipe et d'entraide remarquable. Ils font preuve d'une grande agilité dans un contexte de débordement permanent où la mise en place de solutions organisationnelles durables tarde à être actualisée. Ils ont développé un programme d'accueil du nouveau personnel infirmier structuré et soutenu par les pairs favorisant la rétention et le développement professionnel.

Il est important et urgent de développer des solutions pour assurer une fluidité des trajectoires hospitalières. À cet effet, l'engagement de la haute direction pour l'actualisation rapide du projet Cassiopée est un incontournable et la Direction des services professionnels aura un rôle majeur au niveau de l'organisation médicale. Beaucoup d'outils et de processus ont été développés; ils devront être standardisés et formalisés. La poursuite des efforts afin d'intégrer des usagers partenaires dans les différents travaux et activités est encouragée. Finalement, une station visuelle opérationnelle permettant de partager et de soutenir les efforts d'amélioration continue pourrait être une source de motivation.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation		
3.1.14	La capacité de chaque usager de participer à ses soins est déterminée en partenariat avec l'usager et sa famille.	
3.1.15	Les souhaits de l'usager quant à la participation de la famille à ses soins sont respectés.	
3.1.20	Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.25	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.	!
3.1.35	Le 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.	POR
3.1.35.1	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; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.	
3.1.35.2	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.	
3.1.35.3	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	
3.1.36	Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.	POR
3.1.36.3	L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	

3.1.37	Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.	
3.1.37.2	Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'usager.	
3.1.37.5	L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
3.1.40	Une évaluation nutritionnelle complète est réalisée si cela est indiqué du point de vue clinique.	
3.1.43	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	
3.1.44	S'il y a lieu, le plan d'intervention interdisciplinaire prévoit des stratégies pour évaluer et gérer la douleur.	
3.1.45	Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.	
3.1.60	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'usager et la famille.	
3.1.61	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
3.1.61.1	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.	
3.1.61.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	

3.1.61.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : 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; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; 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).	
3.1.62	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.	
3.1.64	Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.	!
3.1.66	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs. 3.1.66.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences. 3.1.66.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences. 3.1.66.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.	POR

- | | | |
|----------|---|--|
| 3.1.66.5 | L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences). | |
| 3.1.66.6 | Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers. | |

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Des unités de soins à l'Hôpital Anna-Laberge ont été visitées et il a été constaté que la configuration physique pose des problèmes, dont l'encombrement extrême qui peut mettre à risque la sécurité des employés et des usagers. Il a été constaté que le matériel souillé est entreposé dans un espace, sans portes, qui communique avec l'entreposage du matériel propre.

Un morcellement des équipes de travail a été constaté, ce qui diminue l'efficacité des efforts de chacun. De plus, il y a un grand nombre de médecins responsables des hospitalisations dans un même temps, rendant difficile la planification du travail des autres professionnels. Il est inquiétant de constater la présence de personnel infirmier peu expérimenté et peu mature sur les quarts défavorables, ce qui entraîne une perte de confiance de la part des usagers et de leurs familles.

L'unité de soins en chirurgie est gérée par une nouvelle gestionnaire depuis quelques semaines. Elle était à l'écoute et en mode solution auprès de l'équipe; il convient de souligner cet apport constructif dans l'équipe.

Il faut également souligner que l'équipe s'est dotée d'une ressource, un préposé aux bénéficiaires qui s'assure de faire marcher les usagers selon un programme de marche afin de préserver leur conditionnement.

Lors des rencontres avec les usagers, il a été constaté que leurs besoins alimentaires ne sont pas évalués lors de leur admission en unité d'hospitalisation en chirurgie. L'équipe est encouragée à trouver des pistes afin que l'évaluation des préférences alimentaires soit réalisée en début d'hospitalisation et que les menus soient adaptés en conséquence.

Lors de la consultation de dossiers et des discussions auprès du personnel, il a été constaté qu'il n'y avait aucun plan thérapeutique infirmier de complété dans les dossiers.

L'équipe est encouragée à trouver des pistes afin que les plans thérapeutiques infirmiers soient complétés sur l'unité de chirurgie à l'Hôpital Anna-Laberge

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de soins critiques		
4.1.46	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
4.1.47	Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
4.1.49	Des tournées quotidiennes sont effectuées par l'équipe en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	!
4.1.62	Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.	
4.1.68	Dans la mesure du possible, la présence des membres de la famille de l'utilisateur dans la chambre est permise pendant les interventions de survie.	
4.1.69	Les données recueillies sur tous les décès s'étant produits à l'unité des soins intensifs (USI) sont accessibles, et il existe un processus pour examiner ces données, de façon à repérer les possibilités de dons manquées et à transmettre l'information de façon appropriée.	!
4.1.73	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
4.1.75	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.	
4.1.89	Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	POR

- | | | |
|----------|---|--|
| 4.1.89.2 | Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences. | |
| 4.1.89.5 | L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences). | |
| 4.1.89.6 | Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers. | |
| 4.1.89.8 | Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin. | |

- | | | |
|-------|--|---|
| 4.2.6 | Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations. | ! |
|-------|--|---|

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services de soins critiques

L'équipe des soins intensifs se distingue par ses liens de collaboration et un engagement indéniable envers sa clientèle. Ils sont fiers de la qualité des soins offerts. Ils accordent beaucoup d'importance à l'intégration de la relève en ne négligeant pas les efforts pour leur assurer une évolution positive dans leur fonction, ce qui favorise l'attraction et la rétention. Leur autonomie professionnelle est maximisée par les nombreuses ordonnances collectives et autres outils cliniques développés.

Bien que le travail en interdisciplinarité soit présent, aucun plan d'intervention interdisciplinaire n'est élaboré. Une bonification serait souhaitable en facilitant l'accès à davantage de services en pharmacie et service social ainsi qu'en restructurant les tournées quotidiennes de manière à impliquer tous les professionnels concernés incluant les usagers et leur famille. À cet effet, l'équipe est fortement encouragée à réviser ses règles en lien avec les heures de visite.

Bien que la documentation et les outils soient nombreux, une mise à jour est requise pour assurer la conformité aux données probantes. La disponibilité de systèmes d'information performants permettrait une meilleure accessibilité et efficacité tout en favorisant la sécurité des usagers.

Les lieux physiques actuels sont un obstacle à l'atteinte des normes et standards de pratique, dont l'implication des familles, la prévention des infections, la prévention des chutes. Un projet de réaménagement à court terme paraît indispensable.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Services d'oncologie		
7.1.88	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
7.1.97	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
7.1.107	Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
7.1.129	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
7.1.129.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
7.1.129.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
7.1.129.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :	
	- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).	
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 7 - Services d'oncologie		

Les usagers nécessitant une thérapie systémique pour des cancers solides et hématologiques bénéficient d'une équipe dédiée, compétente, bienveillante et consciencieuse. Le groupe d'hémo-oncologues démontre une cohésion remarquable qui fait en sorte que les usagers ressentent une excellente continuité bien qu'ils passent de l'un à l'autre au fil des cycles de chimiothérapie.

Le lien avec les soins palliatifs est particulièrement efficace et permet une bonne prise en charge du contrôle des symptômes.

Avec l'arrivée de nouveaux oncologues, l'équipe devra revoir son fonctionnement afin de maintenir la cohésion. Avec l'augmentation de clientèle que cet ajout permettra, il est également clair que les installations physiques deviendront rapidement trop petites et qu'elles devront être renouvelées. Il serait alors intéressant de considérer améliorer la luminosité de la salle de traitement.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie		
8.1.5	Les membres de l'équipe, les aidants naturels et les bénévoles sont soutenus pour faire face à la mort, au deuil et aux décès successifs d'usagers.	
8.1.10	Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.	
8.1.26	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
8.1.34	Le 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.	
8.1.34.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	
8.1.34.2	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; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.	
8.1.34.3	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.	
8.1.35	Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.	
8.1.35.3	L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
8.1.40	Les besoins d'ordre émotionnel, social, spirituel, culturel, ainsi que ceux relatifs au deuil, de l'usager et de la famille sont évalués en partenariat avec ceux-ci.	

8.1.43	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
8.1.44	Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
8.1.48	Les usagers et les familles ont accès à des services psychosociaux et de soutien.	
8.1.50	L'utilisateur et sa famille sont soutenus pour que l'expérience de la nourriture et des repas soit positive.	
8.1.54	Du soutien est offert à la famille, aux membres de l'équipe et aux autres usagers au moment du décès d'un usager et à la suite de celui-ci.	
8.1.59	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
8.1.59.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions des soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	
8.1.59.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
8.1.59.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
8.1.59.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).	
8.1.60	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.	

8.1.63	La famille et les aidants naturels sont soutenus immédiatement avant et après le décès de l'usager.	
8.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
8.2.11	Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie

Le service de soins palliatifs s'inscrit en continuité avec les soins actifs, dont ceux d'oncologie et les soins de fin de vie, incluant l'aide médicale à mourir. Ceci facilite le cheminement des usagers et des familles et permet une offre de soins complète et sensible. Ceux-ci sont très reconnaissants de cette prise en charge et de l'accompagnement bienveillant qui leur est offert durant les phases de soins palliatifs et de fin de vie.

Le personnel qui est associé à ce service est attentionné, disponible et très dévoué aux objectifs de sa clientèle. La plupart des professionnels arrivent à gérer au plan émotionnel la succession des décès. Cependant, l'équipe pourrait bénéficier d'un soutien afin d'éviter l'épuisement de compassion et la détresse éthique qui sont souvent associés à ce type de soins. Ce besoin est d'autant plus important actuellement que l'équipe n'a pu compter sur un encadrement stable au cours des dernières années.

Le regroupement des chambres réservées aux usagers en soins palliatifs qui existait auparavant a été abandonné dans les dernières années. Il serait intéressant d'y revenir pour favoriser un milieu assurant la quiétude nécessaire à cette étape de vie. Retrouver la salle réservée aux familles serait également un apport important pour faire de l'expérience douloureuse de la mort de leurs proches un moment plus humain. De la même manière, l'établissement pourrait évaluer comment offrir un service alimentaire plus sensible aux besoins et aux goûts des personnes en fin de vie.

Le service qui compte sur des ressources particulièrement stables, plusieurs processus relèvent des us et coutumes et ne sont pas formalisés. Parmi ceux-ci, il est surprenant de ne pas trouver un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) formel pour les usagers bénéficiant des soins palliatifs.

De plus, il conviendrait d'envisager une offre systématique de suivi auprès des familles en cours de soins palliatifs ainsi que durant la période de deuil afin d'évaluer leur besoin de suivi psychosocial.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux		
9.1.1	L'aménagement physique de la salle d'opération ou d'intervention et l'équipement sont conçus de manière à tenir compte du déplacement des usagers, des allées et venues, des types d'intervention effectuée, de l'ergonomie et de la logistique qui accompagne la circulation de l'équipement.	
9.1.2	Le secteur où se déroulent les interventions invasives est constitué de trois niveaux d'accès de plus en plus limité : zone d'accès non limité, zone d'accès modéré et zone d'accès limité.	
9.1.7	La salle d'opération ou d'intervention est dotée d'une zone d'entreposage d'accès limité pour le matériel stérile.	!
9.1.8	Un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération ou d'intervention et des secteurs connexes est affiché à un endroit où tous les membres de l'équipe peuvent accéder.	!
9.1.11	L'équipement chirurgical et les appareils et instruments médicaux qui sont retournés à la salle d'opération ou d'intervention après une réparation ou un remplacement portent un avis clair et signé, sur lequel figurent la date de retour ou d'arrivée et une description de la réparation ou de l'achat.	!
9.1.13	Les articles contaminés sont transportés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées.	!
9.1.17	L'équipement, les appareils et instruments médicaux et les fournitures propres et stériles sont rangés séparément de l'équipement souillé et des déchets selon les directives du fabricant.	!
9.1.33	Les listes d'attente sont surveillées et mises à jour sur une base régulière, et les usagers sont informés de la date prévue pour leur intervention planifiée.	
9.1.108	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR

- | | | |
|-----------|---|---|
| 9.1.108.1 | 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. | |
| 9.1.108.5 | L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
- demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
- évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers). | |
| 9.1.120 | Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné. | ! |
| 9.2.11 | Les politiques et procédures, ainsi que les lois sont suivies lors de la manipulation du matériel biologique dangereux. | ! |

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Le continuum de chirurgie de deux centres hospitaliers a été visité. Un personnel dédié à la clientèle formant une équipe efficace et mobilisée dans une approche d'amélioration continue a été rencontré. Ces équipes sont gérées par des gestionnaires d'expérience en chirurgie, ce qui leur apporte de l'expertise. Chacun connaît son rôle et le processus de chirurgie se déroule selon les règles de l'art.

Il convient de souligner les travaux récents d'ajouts d'équipements dans les deux centres hospitaliers visités pour assurer une stabilité du niveau d'humidité au bloc opératoire. Ces travaux ont permis de régler les fluctuations de niveau d'humidité, particulièrement dans les périodes de canicule.

Certaines pistes d'améliorations qui pourraient être prises en considération lors de réaménagements futurs dans les deux centres hospitaliers ont cependant été identifiées.

À l'Hôpital du Suroît,

Il a été constaté que les locaux de la chirurgie d'un jour se retrouvent au 6e étage et le bloc opératoire se trouve au 3e étage, ce qui occasionne des délais de transport nécessitant le recours aux ascenseurs pour l'aller vers le bloc et le retour en chirurgie d'un jour. L'unité de soins adjacente au bloc opératoire est libre, il pourrait avoir une réflexion afin de rapprocher la chirurgie d'un jour à proximité du bloc afin d'améliorer les délais de transports et optimiser les processus.

Lors de la visite, il a été constaté que la porte d'accès du lieu d'entreposage du matériel stérile est en permanence ouverte, et ce local donne sur le corridor dans lequel circule le matériel souillé. L'établissement est encouragé à trouver une piste de solution pour d'assurer que la porte du local d'entreposage soit fermée afin d'éviter des contaminations et de permettre que le système d'aération de ce local soit optimal.

Lors de la visite des locaux de la chirurgie d'un jour, qui fut rénové dernièrement, il a été remarqué cependant que la configuration des locaux ne permet pas d'assurer la confidentialité lors des échanges avec les usagers. Dans l'éventualité de futurs aménagements de ces locaux, une attention devrait être portée afin d'assurer la confidentialité dans les deux centres hospitaliers.

À l'Hôpital Anna-Laberge

En période de pandémie, l'équipe de la salle du bloc opératoire a dû modifier les trajectoires d'articles contaminés pour s'assurer d'éviter le croisement entre les clientèles COVID et les clientèles non-COVID. Actuellement, les chariots de cas souillés sont transportés via la salle de réveil afin d'accéder au monte-charge du matériel souillé vers l'unité de retraitement. Cette façon de faire ne respecte pas le critère qui identifie que les articles souillés doivent être transportés à l'écart des secteurs de services aux usagers. L'équipe est au fait de cette lacune et reviendra à la trajectoire sécurisée préalable à la pandémie dès que celle-ci sera terminée. L'équipe est encouragée à s'assurer de conserver une trajectoire du matériel souillé qui respecte les normes en circulant dans une section à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées.

Il a été constaté que des équipements et fournitures ont été entreposés au poste du bloc opératoire à l'endroit où habituellement les usagers qui doivent subir une intervention attendent. Cet entreposage fut mis en place afin de libérer le local, où ils étaient entreposés, pour faire place à une unité de débordement. L'équipe est encouragée à libérer cet espace au profit de la clientèle et à trouver une solution pour l'entreposage de ces équipements.

Des usagers ont été rencontrés au cours de la visite. Tous, sans exception, ont souligné l'appréciation des contacts avec l'équipe et la qualité des services. Cependant, une usagère rencontrée était en attente de sa

chirurgie depuis 32 mois, sans que durant cette période elle ait eu de suivi de l'équipe. L'équipe est encouragée à trouver des pistes afin d'assurer un suivi auprès des personnes en attente de chirurgie afin de les rassurer et de les informer des délais.

L'équipe en endoscopie est dévouée, mobilisée et très créative. Cette créativité se retrouve dans une recherche commune de solutions sur les enjeux cliniques. La petite équipe collabore dans une visée d'amélioration continue des processus, par une analyse des indicateurs et des résultats d'audits.

L'équipe mise sur la compétence et l'expertise. Les nouveaux employés sont encadrés par un mentorat clinique et un suivi du gestionnaire. L'accompagnement assure une intégration des meilleures pratiques et une connaissance de l'établissement.

Les outils de suivis des usagers sont standardisés et sont soumis à des audits réguliers. Cette uniformité des données cliniques assure un partage d'information lors des transitions. L'établissement est encouragé à inclure le titre d'emploi du signataire des données cliniques.

Le personnel administratif jongle avec les disponibilités des médecins et les particularités médicales de la clientèle pour une utilisation maximale des plages horaires et le maintien d'une offre de service optimale. Malgré tout, les listes d'attentes en endoscopie s'allongent. Plusieurs requêtes sont hors délai. Les équipes maintiennent une priorisation clinique à la suite d'une priorisation médicale pour une meilleure gestion des urgences. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts et ses stratégies pour contrer l'absentéisme et assurer une plus grande offre de service dans une saine gestion des délais.

La pandémie a forcé les secteurs à revoir l'aménagement des locaux d'endoscopie pour assurer la sécurité de la clientèle. Ainsi, le déménagement du secteur de recouvrement a forcé un étalement des lieux physiques. Cependant, la configuration actuelle de l'espace n'assure pas une conformité en matière de sécurité d'intervention et d'hygiène et salubrité. La cohabitation dans un même lieu physique du matériel souillé et propre devrait être revue par l'organisme.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires		
10.1.2	Lorsque des rendez-vous pour les services sont fixés, un ensemble de critères est utilisé et on recueille des commentaires de manière à répondre d'abord aux usagers dont les besoins sont les plus urgents.	
10.1.19	Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
10.1.20	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.	!
10.1.29	Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.	POR
10.1.29.1	Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.	
10.1.29.2	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.	
10.1.29.3	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.	
10.1.29.4	Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.	

10.1.29.5	Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.	
10.1.34	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
10.1.36	Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.	
10.1.41	La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
10.1.42	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
10.1.42.1	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.	
10.1.42.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
10.1.42.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
10.1.42.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: 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; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; 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).	

- 10.1.43 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.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

HÉMODIALYSE

Le service de dialyse bénéficie de locaux spacieux, propres et bien aménagés. La sécurité est une priorité au quotidien, autant auprès de l'utilisateur qu'au niveau technique et matériel. Les équipes font preuve de créativité dans l'aménagement de l'espace et des horaires en situation de pandémie. Les dépistages périodiques des bactéries multirésistantes se font selon un calendrier établi et sont suivis de façon rigoureuse avec la mise en place de mesures selon les résultats. La communication avec le service de l'entretien ménager pour la désinfection est créative, simple et assure la sécurité de tous les usagers. L'établissement est encouragé à formaliser et afficher les procédures de désinfection. Le calibrage, les contrôles qualité et l'entretien préventif de tous les équipements sont assurés en continu.

La capacité critique des cliniques d'hémodialyse du Suroît et d'Anna-Laberge est atteinte. Des partenariats avec les régions limitrophes assurent le suivi de quelques usagers du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest. L'établissement est encouragé à poursuivre les plans de développement pour assurer une prise en charge de ces besoins grandissants et une approche populationnelle.

Les équipes en hémodialyse sont spécialisées. L'accompagnement des nouveaux employés est structuré et permet une formation complète autant pour le personnel infirmier que pour les préposés aux bénéficiaires. L'accompagnement assure une intégration et une appropriation des particularités de ce secteur.

L'établissement est encouragé à reprendre de façon plus formelle les formations continues notamment dans les sphères d'éthique, de deuil et d'intervention avec des comportements difficiles. On retrouve des données probantes en lien avec les interventions et un excellent partage de l'expertise entre le Suroît et l'équipe de Châteauguay. La communauté de pratique en dialyse est soudée et favorise les meilleures pratiques.

L'équipe travaille en multidisciplinarité. Elle est encouragée à formaliser la notion de plan d'intervention interdisciplinaire. La place de l'utilisateur dans ce plan d'intervention est à explorer pour le mettre en avant-plan dans les discussions et les objectifs à venir et l'impliquer dans la planification de l'évolution de la maladie.

La présence de la pharmacienne à temps partiel ainsi que d'une technicienne permet le suivi de la médication à titre consultatif et génère également l'atteinte de la pratique organisationnelle requise du bilan comparatif des médicaments.

Les clients sont entourés et se sentent en sécurité. L'organisation du travail au groupe de médecine de famille universitaire Jardins-Roussillon est à évaluer pour assurer une continuité de soins. Les usagers rencontrés mentionnent le changement fréquent du néphrologue dans les suivis, ce qui limite la qualité du lien thérapeutique et de confiance.

SERVICES AMBULATOIRES ANNA LABERGE

Les cliniques ambulatoires à Anna-Laberge gèrent plusieurs spécialisations. Les références sont multiples et proviennent de plusieurs sources différentes. Chaque clinique et chaque médecin ont leurs propres préférences et leur capacité de prise en charge, ce qui constitue un casse-tête pour le service de rendez-vous. Ce service doit composer avec un nombre grandissant de références pour créer les plages horaires. La prise de rendez-vous se fait directement au guichet.

La spécialisation des cliniques et les horaires des spécialistes font qu'il n'est pas toujours possible de grouper des rendez-vous pour les clients. Des efforts pour tenter de limiter les déplacements sont cependant notés.

Dans la gestion de qualité, plusieurs audits sont faits selon un calendrier établi. Les résultats sont diffusés et servent de barème dans l'amélioration continue de la qualité.

Les intervenants sont dévoués et démontrent une grande préoccupation face aux difficultés d'accès. Les employés sont mobilisés dans la recherche de solutions pour atténuer ces enjeux. La gestion de proximité présente dans ce secteur est un levier pour encourager l'émergence de ses idées d'amélioration. Le déploiement des salles de pilotage opérationnelles pourrait soutenir l'émergence de cette quête d'amélioration continue en impliquant les intervenants.

L'établissement est encouragé à revoir le fonctionnement pour tenter de mesurer les délais d'attente, revoir les besoins de priorisation des références pour certains secteurs pour une meilleure prévention de la santé, ce qui n'est actuellement pas possible étant donné le fonctionnement de premier arrivé premier servi.

Au niveau du bilan comparatif des médicaments (BCM), l'identification des secteurs pour lesquels ce bilan serait applicable n'a pas été déterminée. Ainsi on ne retrouve aucune formalisation du BCM dans les services ambulatoires. L'établissement avait, avant la pandémie, un plan de déploiement de cette pratique organisationnelle requise; il est encouragé à actualiser ce plan.

Le transfert d'information aux points de transition existe, mais il n'est pas formalisé avec des outils standardisés de communication. L'établissement est encouragé à revoir cette pratique.

L'environnement est exigü, achalandé, non sécuritaire et propice aux incidents. Les corridors sont encombrés dans un secteur où tout un chacun se hâte pour assurer le suivi de la clientèle. L'environnement est également un enjeu au niveau du guichet d'accueil à aire ouverte. Le niveau sonore dans cet environnement névralgique pourrait être revu pour assurer une meilleure qualité de vie au travail.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire		
11.1.2	Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
11.1.3	Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des usagers et des professionnels de la santé qui acheminent des usagers pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
11.1.8	L'équipe sollicite régulièrement la rétroaction des professionnels de la santé qui acheminent des usagers sur la façon d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de régler les délais dans la transmission des résultats de l'imagerie diagnostique.	
11.1.38	Les prestataires de services d'imagerie diagnostique ont un manuel de politiques et de procédures qui explique en détail les procédures de positionnement de l'utilisateur pour les examens d'imagerie diagnostique et qui est signé par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
11.1.40	L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
11.1.98	L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
11.1.99	L'équipe dispose d'un processus pour recevoir et consigner les alertes médicales et les avis de sécurité émis par les organismes de réglementation nationaux et régionaux, et y accorder un suivi.	!
11.1.108	L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des incidents liés à la sécurité des usagers.	!
11.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	POR

- 11.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:

faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
mesurer l'utilisation d'un produit;
inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

- 11.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.

- 11.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

- 11.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Deux sites ont été visités.

À l'Hôpital Barrie Memorial, le service offre de la graphie générale, de la fluoroscopie, de l'échographie et de la tomodensitométrie. Des technologues en imagerie médicale sont présents le jour et le soir, sept jours par semaine, tandis que les quarts de nuit sont assurés par un système de garde. Un radiologue de l'équipe du Suroît est présent presque tous les jours en semaine. Les protocoles ne sont pas harmonisés.

À l'Hôpital Anna-Laberge, on retrouve la graphie générale, la tomodensitométrie, l'échographie générale, obstétricale et cardiaque, la mammographie, la résonance magnétique et la fluoroscopie. Particulièrement en mammographie, l'équipement à la fine pointe de la technologie permet des interventions avancées. L'équipe de technologues permet d'offrir des services en tout temps. Des rendez-vous pour la clientèle ambulatoire sont disponibles en soirée pour certaines modalités comme le

tomodensitomètre pour accroître l'accessibilité et réduire les listes d'attente. L'équipe de radiologues assure une couverture complète. Les protocoles sont harmonisés et approuvés par le directeur médical. Une nouvelle gestionnaire débutera à l'hiver.

Un nouveau modèle organisationnel procure une meilleure représentativité du service d'imagerie médicale au sein de l'établissement. Plusieurs personnes rencontrées témoignent d'une nouvelle façon de gérer qui leur donne espoir en l'avenir. Le poste de directeur médical pour l'ensemble du CISSS est pourvu. L'uniformisation des protocoles débute et sera étendue à l'ensemble des services, dont celui à l'Hôpital Barrie Memorial.

Un poste de coordonnatrice technique à la formation et à la qualité a été pourvu récemment. L'harmonisation des pratiques sera sa tâche principale.

Les délais d'attente, bien qu'importants pour certaines modalités, sont suivis et des actions sont mises en place pour les atténuer lorsque possible. Des ententes de services sont aussi réalisées pour permettre une meilleure réponse au besoin. Ces délais demeurent tout de même une inquiétude de l'équipe en lien avec sa capacité à répondre à une demande sans cesse grandissante. Il y a une crainte de pouvoir poursuivre l'offre de services sécuritaires et de qualité si la demande demeure aussi importante.

La plateforme informatisée est critiquée à plusieurs reprises. Particulièrement pour les radiologues de l'équipe du Suroît, qui doivent naviguer dans plusieurs systèmes différents qui ne sont pas en lien, car les données des usagers par établissement sont cloisonnées. De façon générale, on souhaite avoir un accès plus direct pour les services d'informatiques, car, souvent, les services d'imagerie en sont dépendants.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)		
13.1.1	Le don d'organes et de tissus fait partie des priorités stratégiques de l'organisme.	
13.1.9	Les données sur les dons font l'objet d'un examen régulier par le comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus, et un rapport contenant cette information ainsi que des recommandations de stratégies d'amélioration est présenté à l'équipe de la haute direction de l'organisme.	
13.1.18	Le directeur médical ou son remplaçant désigné informe et forme les membres de l'équipe responsable des dons avant de mettre en oeuvre une nouvelle procédure opératoire normalisée (PON) ou une PON révisée.	
13.1.19	L'information sur la formation qu'a reçue l'équipe responsable des dons sur les procédures d'opération normalisées (PON) est consignée.	
13.1.20	Le respect des procédures d'opérations normalisées (PON) par les membres de l'équipe responsable des dons fait l'objet d'une vérification régulière par le directeur médical ou son remplaçant désigné.	
13.1.21	L'efficacité des procédures d'opérations normalisées (PON) est examinée et évaluée annuellement. Selon les résultats, les PON, les activités de formation et les processus de surveillance, sont modifiées au besoin.	
13.1.28	Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné à son dossier avant que soit effectuée l'évaluation de l'admissibilité.	!
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)		

Une équipe démontrant un fort engagement envers le don d'organes et de tissus malgré un contexte plus ou moins favorable a été rencontrée. La synergie entre l'équipe soignante et les médecins des soins intensifs est remarquable. Parmi l'une des initiatives mises en place, il convient de souligner la collaboration avec les acteurs de l'urgence, facteur de succès à l'identification des donneurs potentiels.

Il est noté que les leaders du comité du don d'organes et de tissus sont conscients des défis qui les attendent et pour lesquels un appui important de la haute direction sera nécessaire. Des efforts pour formaliser les liens de collaboration avec les organismes concernés sont essentiels pour donner toute la

portée voulue au programme. Les trajectoires des donneurs potentiels transférés dans les centres spécialisés (principalement en neurochirurgie) devront être revues afin d'éviter la perte de donneurs. Il est souhaité que le travail d'adaptation des politiques et procédures de Transplant Québec amorcé soit finalisé. L'équipe a tout intérêt à maximiser la contribution de tous les intervenants impliqués avec cette clientèle. Finalement, l'équipe est encouragée à structurer leurs actions dans un plan d'amélioration continue.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur		
16.1.9	Le cheminement des usagers à l'intérieur de l'organisme est pris en compte et géré en collaboration avec le personnel d'encadrement de l'organisme et avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.1.16	Les protocoles établis pour la gestion des cas sont suivis lorsque les lits d'hospitalisation ne sont pas disponibles.	
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur		

L'établissement est confronté à un volume élevé de visites dans ces deux hôpitaux plus spécifiquement dans ses services des urgences, particulièrement à l'Hôpital du Suroît. Au fil des ans, les services des urgences ont été visités par l'équipe STAT (soutien, transformation, accès, terrain) du ministère de la Santé et des Services sociaux et par le Protecteur du citoyen. De ces visites, des plans d'action de plusieurs actions ont été élaborés.

L'équipe a mis en place une Cassiopée (constellation dont une des étoiles représente le nord, soit l'objectif à atteindre) à partir des multiples plans d'action; ils en ont priorisé dix avec une volonté de les réaliser dans un horizon à court terme.

De plus, l'équipe a rédigé la trajectoire des usagers en identifiant les goulots avec des pistes de solutions en cogestion médico-administrative. Ils ont mis en place plusieurs actions afin de l'améliorer, par exemple en assurant une régulation des transports ambulanciers avec leur partenaire. Ils ont amélioré de 30 % les congés des lits de médecine, diminué le taux d'occupation des civières à l'urgence.

Des résultats tangibles sont déjà atteints soit: une diminution de 27 % du taux des usagers sur civière au service des urgences, une diminution de 12 % de l'achalandage par, entre autres, une régulation des transports ambulanciers et un mécanisme de communication efficace en temps réel permettant aux parties prenantes d'intervenir en temps opportun.

Il convient de souligner tous les efforts consentis afin de débiter ce chantier et les résultats atteints. L'équipe travaille maintenant à améliorer la trajectoire de la période d'hospitalisation avec les partenaires

en amont et en aval; elle est encouragée à poursuivre ces démarches prometteuses.

Bravo! L'équipe est encouragée à poursuivre ses travaux afin d'améliorer les trajectoires des usagers en intégrant des usagers partenaires et des proches aidants dans sa réflexion.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services		
1.3.2	Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour.	!
1.3.10	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.11	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.	!
1.7.6	L'information sur le cheminement des usagers est recueillie et analysée pour déceler les obstacles au cheminement optimal des usagers, leurs causes ainsi que leurs répercussions sur l'expérience et la sécurité des usagers.	
1.7.7	Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

Les équipes visitées sont très engagées envers leur clientèle et démontrent une très belle collaboration avec leurs partenaires internes et externes. Elles sont confrontées à plusieurs enjeux tels que le traitement complexe des références, le manque de main-d'œuvre et la difficulté d'accès à certaines formations. Pour plusieurs de ces situations, des solutions constructives sont en développement.

Les services généraux jouent un rôle important dans le cheminement des usagers, tant dans le volet social que dans le volet santé. Ils sont toutefois confrontés à un afflux très important de demandes. Nombre de celles-ci sont incomplètes et sont reçues par plus d'une porte d'entrée en même temps ou envoyées à la mauvaise porte d'entrée. Il a été rapporté que des travaux sont en cours pour développer un formulaire unique de référence. Il sera important de mesurer l'amélioration de la qualité des références à la suite de sa mise en place afin d'avoir la possibilité d'apporter des correctifs additionnels, si requis.

Des modifications ont aussi été récemment apportées à la structure administrative des services sociaux

généraux. Cette modification permettra de soutenir les équipes pour la mise en place de processus administratifs et de gestion qui n'ont pas été appliqués ou ont été appliqués de façon inégale dans les dernières années. Cela inclut, notamment, l'accessibilité à chef de services sociaux généraux, la réalisation des rencontres d'appréciation de la contribution et la validation du renouvellement de l'adhésion des professionnels à leur ordre.

Il est à souligner qu'un travail de fond a été réalisé pour la mise en place de mécanismes permettant d'assurer la sécurité des personnes, tant au niveau de la prévention du suicide et de l'homicide. Cela inclut la tenue de tableaux de suivis, la diffusion d'une sensibilisation au risque suicidaire sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA), la collaboration avec les services policiers pour l'application de la Loi sur la protection des personnes et l'entente PHARE.

Des enjeux demeurent en lien avec le nombre de nouveaux gestionnaires dans l'équipe de direction, le nombre de systèmes informatiques à consulter, le nombre d'espaces administratifs restreint et l'équipement médical limité dans les services.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)		
2.1.3	Afin d'être en mesure d'atteindre les buts des services, les intervenants ou les professionnels avec expertise sont accessibles en temps opportun.	!
2.1.6	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	POR
2.1.6.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
2.1.25	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	POR
2.1.25.1	Les usagers à risque de suicide sont cernés.	
2.1.25.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
2.1.28	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
2.1.28.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: • 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; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • 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).	
2.1.29	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.	

2.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation. 2.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple: - faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); - mesurer l'utilisation d'un produit; - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV). 2.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles. 2.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.	
2.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)

Les équipes du Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) ont établi des liens serrés avec les acteurs du milieu communautaire. Cela permet d'offrir rapidement des services adaptés aux personnes les requérant. La coordination professionnelle de ces équipes a aussi des contacts fréquents avec les autres programmes services, permettant de clarifier les orientations et faciliter les références.

Il est à noter que la réception des références est très complexe au CLSC de Châteauguay et au CLSC de Huntington. Un travail administratif important, sans valeur clinique ajoutée, est à effectuer pour clarifier la nature de certaines demandes : contacter le référent pour obtenir des informations complémentaires, communiquer avec les autres services qui peuvent déjà être impliqués auprès des usagers ou identifier le destinataire d'une communication déposée dans le pigeonier de l'équipe. Il est aussi régulier qu'une

référence soit dirigée vers une équipe AAOR, le Guichet d'accès en santé mentale et le centre de répartition des demandes de services médicale en même temps. Une assignation à plus d'une personne d'équipes différentes pour évaluer la situation peut donc se produire. Le déploiement du formulaire unique de référence, accompagné d'un processus de mesure de son efficacité, devrait apporter un soutien primordial à ces tâches.

Pour les personnes faisant une demande de façon autonome, des obstacles sont aussi présents. Le message d'accueil téléphonique au CLSC de Châteauguay est particulièrement long. Il n'y a aucune mention d'un numéro à appeler en cas de besoins psychosociaux immédiats, bien que le 811 Info-Santé y soit nommé en milieu du message. Ainsi une personne en besoin de soutien psychosocial ou en détresse appelant son CLSC doit attendre trois minutes avant de se faire offrir l'option de se faire diriger vers le poste de l'équipe d'accueil social.

Une fois les obstacles à l'accès franchis, la population a accès à des équipes très compétentes et engagées. Elles ont toutefois besoin de soutien pour trouver une solution alternative reconnue pour la détection du risque suicidaire lorsque le partenaire formateur n'est pas en mesure de former rapidement les intervenantes qui s'ajoutent à l'équipe.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	
4.1.9 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 4.1.9.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
4.1.14 Des processus sont en place permettant d'effectuer le suivi des usagers ou des familles à risques élevés qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus.	
4.1.28 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	
4.1.50 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 4.1.50.1 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. 4.1.50.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 4.1.50.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	

4.1.50.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: - 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; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - 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).	
4.1.51	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.	
4.1.53	Une formation sur les techniques d'intervention en cas de crise est offerte à l'équipe.	
4.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	
4.2.1.2	Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.	
4.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique		

Les équipes de consultation sociale ont démontré un souci et une bienveillance particulière à l'égard de leur clientèle. Elles semblent particulièrement mobilisées en ce sens, bien que des retards de plusieurs jours peuvent être présents dans la rédaction des notes au dossier au CLSC Kateri et au CLSC de Châteauguay.

Il a été souligné que l'accès aux formations était difficile par le passé au CLSC de Châteauguay, mais qu'il est maintenant grandement facilité. Il sera important de résorber le retard accumulé en procédant promptement aux formations requises, notamment celle portant sur la gestion des comportements agressifs violents ainsi que celle sur l'intervention de crise.

Les équipes ont une bonne compréhension de l'importance d'effectuer la double vérification de l'identité, mais des incertitudes demeurent sur la compréhension de l'utilisation d'un deuxième facteur unique lorsque la reconnaissance visuelle est utilisée.

Le transfert d'informations aux points de transition est un facteur posant plusieurs difficultés. La standardisation du processus et les attentes en ce qui concerne le contenu ne sont pas maîtrisées uniformément dans les différents CLSC, notamment au CLSC Kateri où les enjeux ont été soulevés. À la suite d'un suivi où une référence est requise vers un autre programme, il peut être difficile d'effectuer la référence en lien avec des critères d'admission restrictifs dans certains cas. Il est aussi identifié qu'il y a un dédoublement de la collecte d'informations dans le processus actuel, les usagers pouvant répéter la même information à plusieurs intervenants.

Le CLSC Kateri est aussi confronté à un problème important d'espace de bureau. Une équipe de six intervenantes est présente, mais seule deux d'entre elles peuvent se trouver au CLSC en même temps, faute d'espaces disponibles.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu		
5.1.5	Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers.	
5.1.21	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
5.1.34	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
5.1.34.1	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.	
5.1.34.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
5.1.34.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
5.1.34.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: 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; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; 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).	
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu		

Le programme des Services généraux du CISSS de la Montérégie-Ouest assure la coordination de la

réponse des acteurs impliqués autour d'un usager en situation de crise et ses proches afin de les orienter vers le service approprié. L'équipe travaille en complémentarité et en étroite collaboration avec ses partenaires du réseau dont les centres de crise, la Maison sous les Arbres et les services policiers. Les intervenants doivent s'adapter rapidement aux différentes situations vécues par la clientèle. Ils interviennent de façon urgente auprès des personnes dont l'état mental est perturbé et dans les situations où celles-ci peuvent représenter un danger pour elles-mêmes ou autrui. Cette coordination entre les corps policiers et les services ambulanciers contribue à éviter un recours à la salle d'urgence, l'hospitalisation et dans certains cas, la judiciarisation des personnes en lien avec leur état mental.

Leurs interventions primaires visent à désamorcer la crise et à établir un lien de confiance avec la personne en crise. Un plan d'interventions individualisé est fait avec l'autorisation de l'utilisateur et l'intensité du suivi sera modulée selon sa condition. L'évaluation du risque suicidaire est une préoccupation des intervenants et des filets de sécurité sont mis en place. Les notes professionnelles sont inscrites dans le dossier informatique. L'équipe s'assure de diminuer l'intensité des services de façon graduelle afin d'éviter une fin abrupte des services. Après huit semaines et lorsque la situation clinique l'exige, la prise en charge est faite par une autre ressource, un transfert verbal des informations est fait. L'équipe est encouragée à faire un rapport écrit des informations transmises afin de garder une traçabilité de ces informations au dossier de l'utilisateur.

L'équipe se décrit en « position de soutien » pour la clientèle. Elle les aide dans différentes sphères de la vie quotidienne.

L'équipe travaille actuellement à rédiger leur programme de réponse rapide pour les interventions en situation de crise (RRISC). L'équipe est encouragée à poursuivre les travaux de rédaction pour rendre plus officielle leur offre de services à leurs partenaires.

Les partenaires sont très satisfaits des relations avec le CISSS de la Montérégie-Ouest pour les services généraux. L'établissement est en mode écoute et apporte du soutien à ces organisations.

Un projet pilote avec le corps policier de Châteauguay est en place pour soutenir les équipes dans les interventions. Une entente est en voie de réalisation afin de formaliser les rôles et les responsabilités, ainsi que le consentement des différents acteurs. C'est une belle initiative à souligner.

L'équipe établit un plan d'amélioration du secteur avec les intervenants. L'objectif est de donner du sens au travail effectué.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Le CISSS de la Montérégie-Ouest est très impliqué sur le plan régional en matière de sécurité civile. Le plan de sécurité civile – volet psychosocial est intégré dans le plan de sécurité civile de l'établissement. Une structure de coordination en sécurité civile est en place. Des comités de sécurité civile sont en place aussi bien localement que régionalement. Les équipes ont fait face à deux sinistres importants dans les dernières années. Le volet psychosocial a été très impliqué dans la mise en place des équipes sur le terrain lors de ces événements. À la suite du premier événement, la mise en place des équipes dédiées a permis de pérenniser le suivi sur le terrain.

Les interventions en contexte de sécurité civile s'appuient sur de nombreux liens de collaboration entre des services du secteur de la santé et des services sociaux et plusieurs partenaires multisectoriels. Les services psychosociaux pour des interventions en contexte de sécurité civile sont accessibles en tout temps (24/7, 365 jours par an) par une équipe de garde.

Divers outils du domaine psychosocial sont également utilisés dans le contexte d'intervention en sécurité civile et les bonnes pratiques de base sont respectées. Lorsqu'un suivi psychosocial individualisé est requis, l'équipe agit comme pour n'importe quelle intervention: elle obtient le consentement, fait l'évaluation du risque de suicide, implique l'utilisateur dans ses soins et services, élabore des plans d'intervention. Les personnes rencontrées ont démontré une bonne sensibilité aux questions éthiques et connaissent l'existence du comité d'éthique clinique pour y recourir au besoin.

L'établissement est encouragé à aller de l'avant avec la réalisation du programme de formation spécifique à la sécurité civile à l'intention des intervenants sociaux. Deux formatrices sont identifiées et la formation doit avoir lieu dans les prochains mois. Le manque de ressources humaines amène un défi supplémentaire pour diffuser la formation, mais l'équipe fait preuve d'agilité en vue de favoriser la libération des futurs intervenants psychosociaux pour la sécurité civile.

Afin d'optimiser la communication de l'information aux points de transition, notamment en ce qui concerne les liens avec les partenaires, il importe aussi de formaliser et d'évaluer les mécanismes et les outils d'usage. Les intervenants psychosociaux sont également encouragés à systématiser l'exercice de débriefage organisationnel faisant suite à un événement.

En terminant, il convient de citer un intervenant : « là où il a des sinistrés, nous sommes là également ».

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)		
8.1.43	Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.	
8.1.48	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
8.1.49	Le plan d'intervention interdisciplinaire de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
8.1.60	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
8.1.60.1	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.	
8.1.60.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
8.1.60.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: • 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; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • 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).	
8.1.61	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.	

8.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
-------	--	---

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

Le Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) bénéficie d'une vaste équipe multidisciplinaire très engagée autant dans la prise en charge d'une population variée et importante que dans sa vocation de préparer la relève en médecine familiale. L'établissement et la région bénéficient d'ailleurs de façon importante de ce centre d'enseignement et de recherche dont les finissants restent majoritairement dans la région et qui assument un grand leadership.

Le GMF-U, par sa localisation et son équipe, est également fortement engagé dans le soutien à l'Hôpital Anna-Laberge. Cependant, le GMF-U ne peut pas toujours compter sur l'appui des ressources hospitalières pour la prise en charge des usagers qui sont détournés de l'urgence de l'hôpital. Il semble que l'accès aux tests diagnostiques (laboratoire et imagerie) soit difficile et que les délais pour recevoir des résultats ne permettent pas la prise en charge sécuritaire des problèmes de santé des usagers évalués à la mini-urgence du GMF-U.

Il serait aussi important que le CISSS de la Montérégie-Ouest prenne bien en considération les obligations découlant de la mission universitaire du GMF-U, particulièrement dans la sélection du personnel professionnel qui lui est attribué. Les fonctions d'enseignement et de soutien à la recherche peuvent exiger des compétences particulières critiques à la mission complète du GMF-U.

Avec la même bienveillance, l'établissement doit veiller à ce que le délestage ne mette jamais à risque la sécurité des employés et médecins du GMF-U lorsqu'ils offrent des services en dehors des heures régulières.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services de santé courants		
9.1.2	Lorsque des rendez-vous pour les services sont fixés, un ensemble de critères est utilisé et on recueille des commentaires de manière à répondre d'abord aux usagers dont les besoins sont les plus urgents.	
9.1.4	Le nombre d'usagers qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus fait l'objet d'un suivi et des stratégies sont mises en place pour améliorer les présences avec l'apport des usagers et de leur famille.	
9.1.15	Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
9.1.20	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.	!
9.1.23	Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
9.1.40	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
9.1.40.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: 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; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; 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).	
9.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
9.2.7	Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!

9.4.1	Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	!
9.4.3	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.	!
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 9 - Services de santé courants		

L'accessibilité aux services de santé courants est excellente et un mécanisme de suivi est prévu pour les personnes qui ne se présentent pas aux rendez-vous. L'équipe est très agile à répondre aux besoins de la clientèle en offrant des plages horaires pour les urgences. L'équipe aurait intérêt à développer des critères d'admission afin de faciliter la prise en charge de la clientèle. Les usagers sont référés par différents acteurs, surtout les médecins. Les soins en services courants sont dispensés par du personnel infirmier uniquement. Les soins de plaies sont très présents dans l'offre de service. La présence d'infirmières prescriptrices favorise la prise en charge complète de cette clientèle. Les infirmières se consultent afin de prendre le bon plan de traitement en cas de plaies complexes. En cas de besoin, une référence médicale est faite. Le personnel doit recevoir la formation requise pour leur travail. La clientèle se dit très satisfaite des soins et services reçus.

Les services de santé courants sont offerts avec l'implication de l'utilisateur. Des ressources et des outils de communication permettent d'offrir les services dans différentes langues. Des outils normalisés viennent encadrer la pratique et le suivi par exemple du plan thérapeutique infirmier. Les notes infirmières sont informatisées et sont disponibles en consultation pour le personnel infirmier lorsque nécessaires. Il est suggéré de revoir les délais de fermeture des écrans informatiques pour s'assurer de la confidentialité.

Au CLSC Kateri, la disponibilité des locaux est limitée compte tenu de l'achalandage. Il est suggéré de revoir la disposition des locaux afin de s'assurer du respect des règles sanitaires et de l'intimité de la clientèle. L'ajout de pompes volumétriques et d'appareils multiparamétriques favoriserait une meilleure surveillance de la clientèle.

L'autoadministration de la médication est sous la responsabilité de l'utilisateur. Aucun médicament personnel n'est fourni par le centre. Il y a une culture de déclaration des incidents-accidents et un suivi est assuré par l'assistante infirmière-chef.

L'équipe est encouragée à revoir les processus de nettoyage du matériel réutilisable dans les services courants avec la prévention des infections pour s'assurer du respect des normes en prévention.

Un nouveau dépliant pour le code d'éthique avec un code QR a été diffusé. Cependant, il mériterait d'être mieux connu du personnel et des usagers pour faciliter son utilisation. Il est suggéré de faire une campagne de promotion de ce nouveau dépliant informatique.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des manuels d'évaluation, puis des chapitres.

Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Télésanté		
1.1	L'organisme dispose d'un document de conception pour le service de télésanté.	
1.4	L'organisme dispose d'un programme de gestion de la qualité lui permettant de définir et de s'assurer des caractéristiques de qualité requises du service de télésanté et d'observer les résultats.	!
2.3	Le processus d'évaluation du service de télésanté est conçu avec la collaboration des usagers, au besoin.	
3.1	Des politiques et des procédures régissent la prestation du service de télésanté.	
3.6	Un mécanisme de prévention des cas de non-respect de la sécurité des usagers est élaboré en collaboration avec les usagers.	!
3.7	Les perspectives d'amélioration de la qualité sont déterminées en collaboration avec les usagers.	
4.6	Les renseignements sur les activités d'amélioration de la qualité, les résultats et les apprentissages liés au service de télésanté sont communiqués aux usagers, aux équipes de soins, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin	
Commentaires des visiteurs		
Processus prioritaire : Télésanté		

Plusieurs secteurs où l'on utilise les technologies de l'information pour dispenser des soins et services à distance sont répertoriés dans l'établissement. La pandémie a accéléré l'émergence de projets et, dans le but de faciliter leur développement, une « boîte à outils télépratiques » est disponible sur l'intranet. Cette ressource aborde différents concepts tels que le consentement de l'utilisateur, des exemples de note au dossier, la sécurité des informations et la confidentialité. Des expériences cliniques positives de télésanté ont été présentées lors de la visite.

Le « suivi virtuel en milieu de vie » débuté en 2002 avec la clientèle des grossesses à risque élevé s'est étendu aux usagers atteints de maladies chroniques. La clientèle à domicile répond quotidiennement à un questionnaire sur son état de santé. Selon les réponses, des alertes sont envoyées aux infirmières qui en assurent le suivi. Des conseils pour favoriser l'autoprise en charge de la santé sont transmis à la clientèle. Des usagers qui bénéficient de ce service témoignent de leur grande satisfaction.

Une équipe en centre de réadaptation en dépendance utilise la modalité de télésanté pour réaliser des rencontres individuelles ou de groupe. La pandémie a démontré la grande utilité de ce type de technologie qui se poursuivra assurément par la suite. Malgré quelques appréhensions au départ, rapidement, les intervenants ont constaté que l'accessibilité était accrue en utilisant les modalités de rencontre virtuelle. Selon les intervenants, la cohésion du groupe est même améliorée, ce qui a été confirmé par un usager consulté qui a participé à ce type de rencontre.

Plusieurs autres projets sont en ébullition, mais la volonté de mieux se structurer ressort. Il est constaté qu'un poste de chargé de projet en santé numérique et d'expert-conseil devient nécessaire pour assurer le développement. En plus de la planification, de la coordination, de l'encadrement et de l'évaluation, cette fonction permettrait d'assurer une vision globale et d'améliorer les services avec l'utilisation des technologies numériques.

Bien que les travaux avancent bien pour élaborer une politique et procédure clinique en télésanté, il reste à l'adopter, la diffuser et l'appliquer. C'est l'un des éléments qui permettra de structurer les activités de télésanté. L'enthousiasme est palpable à tous les niveaux face aux possibilités de développement de la télésanté. L'établissement est encouragé à poursuivre ces efforts de structuration.

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 des Établissements du réseau public du Québec.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites 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 30 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 Établissements 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 cinq 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.