



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Pointe-Claire, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 5 au 9 février 2023

Date de production du rapport : 3 mars 2023

Au sujet du rapport

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (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 février 2023. 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	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	9
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	21
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	29
Résultats détaillés de la visite	32
Résultats pour les manuels d'évaluation	33
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	33
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	36
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	41
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	45
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	50
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	53
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	55
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	57
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	60
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	64
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	68
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	70
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	73
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	76
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	80
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	84
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	86



Programme Qmentum

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	89
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	93
Ensemble de normes : Télésanté	93
Annexe A - Programme Qmentum	95

Sommaire

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (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 : 5 au 9 février 2023**

- **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 administratif
2. CLSC de Pierrefonds
3. CLSC Dorval-Lachine
4. CLSC du Lac-Saint-Louis
5. CLSC LaSalle
6. Hôpital général du Lakeshore
7. Hôpital LaSalle
8. Institut universitaire en santé mentale Douglas
9. St. Mary's Hospital Center
10. St. Mary's Hospital Centre GMF-U

- **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.)	9	1	0	10
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	107	2	2	111
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	416	65	67	548
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	17	6	0	23
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	442	17	37	496
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	73	0	1	74
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	371	48	29	448
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	19	8	7	34
Total	1454	147	143	1744

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	31 (77,5%)	9 (22,5%)	0	44 (91,7%)	4 (8,3%)	0	75 (85,2%)	13 (14,8%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	48 (94,1%)	3 (5,9%)	0	57 (85,1%)	10 (14,9%)	5	105 (89,0%)	13 (11,0%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	35 (85,4%)	6 (14,6%)	0	42 (97,7%)	1 (2,3%)	5	77 (91,7%)	7 (8,3%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	40 (90,9%)	4 (9,1%)	0	49 (77,8%)	14 (22,2%)	5	89 (83,2%)	18 (16,8%)	5

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 5 - Services de néonatalogie	36 (100,0%)	0 (0,0%)	7	48 (98,0%)	1 (2,0%)	1	84 (98,8%)	1 (1,2%)	8
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	55 (98,2%)	1 (1,8%)	20	73 (98,6%)	1 (1,4%)	11	128 (98,5%)	2 (1,5%)	31
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	27 (96,4%)	1 (3,6%)	0	59 (98,3%)	1 (1,7%)	0	86 (97,7%)	2 (2,3%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	77 (93,9%)	5 (6,1%)	0	58 (98,3%)	1 (1,7%)	5	135 (95,7%)	6 (4,3%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	29 (100,0%)	0 (0,0%)	0	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0	71 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	64 (85,3%)	11 (14,7%)	2	50 (89,3%)	6 (10,7%)	6	114 (87,0%)	17 (13,0%)	8
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	4 (100,0%)	0 (0,0%)	32	6 (33,3%)	12 (66,7%)	34	10 (45,5%)	12 (54,5%)	66
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	16 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	449 (91,8%)	40 (8,2%)	61	541 (91,4%)	51 (8,6%)	72	990 (91,6%)	91 (8,4%)	133

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	35 (87,5%)	5 (12,5%)	0	44 (91,7%)	4 (8,3%)	0	79 (89,8%)	9 (10,2%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	14 (87,5%)	2 (12,5%)	1	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0	32 (91,4%)	3 (8,6%)	1
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	13 (81,3%)	3 (18,8%)	2	40 (97,6%)	1 (2,4%)	1	53 (93,0%)	4 (7,0%)	3
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 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	35 (97,2%)	1 (2,8%)	2	46 (93,9%)	3 (6,1%)	0	81 (95,3%)	4 (4,7%)	2
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	28 (100,0%)	0 (0,0%)	0	38 (95,0%)	2 (5,0%)	1	66 (97,1%)	2 (2,9%)	1
Total	132 (91,7%)	12 (8,3%)	66	212 (94,6%)	12 (5,4%)	2	344 (93,5%)	24 (6,5%)	7

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	31 (96,9%)	1 (3,1%)	0	50 (94,3%)	3 (5,7%)	0
Total	19 (90,5%)	2 (9,5%)	66	31 (96,9%)	1 (3,1%)	0	50 (94,3%)	3 (5,7%)	0
Total	600 (91,7%)	54 (8,3%)	66	784 (92,5%)	64 (7,5%)	74	1384 (92,1%)	118 (7,9%)	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)	Conforme	1 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)	Non Conforme	2 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	0 sur 4

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 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	4 sur 5
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)	Conforme	4 sur 4
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)	Non Conforme	0 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 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
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	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))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 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	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	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

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 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	4 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	4 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	4 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	4 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	2 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)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	8 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

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 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	8 sur 8
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'usager)	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

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 5 - Services de néonatalogie)	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
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)	Non Conforme	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 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	0 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	0 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 - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	1 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
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 5 - Services de néonatalogie)	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

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 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
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)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
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 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	3 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)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 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 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	3 sur 5
Prévention du suicide (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 : Évaluation des risques		
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)	Non Conforme	4 sur 5
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)	Conforme	3 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 5 - Services de néonatalogie)	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)	Conforme	3 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.

Le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS ODIM) dessert la population des territoires de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle et également les clientèles des installations suivantes: l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, le Centre hospitalier de St. Mary, le Centre de soins prolongés Grace Dart, les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, l'Hôpital Sainte-Anne (depuis le 1er avril 2016). Le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est le plus grand des cinq CIUSSS situés sur l'île de Montréal. Il s'étend sur 184 km² et inclut huit villes et quatre arrondissements.

La séquence 3 du programme a été évaluée dans le cadre de la présente visite : les services de Santé physique ainsi que les Services généraux. Voici brièvement les faits saillants illustrant les commentaires généraux de l'ensemble des visiteurs.

EXCELLENCE DES SERVICES GÉNÉRAUX

L'évaluation de l'excellence des services s'applique à la direction du programme Services généraux guidé par les grandes orientations suivantes : les soins centrés sur les personnes, l'implication de la direction clinique, le souci des compétences, l'aide à la décision, l'impact sur les résultats ainsi qu'une gestion intégrée de la qualité et des risques. Ces éléments sont les lignes directrices qui guident les directions et les gestionnaires dans l'élaboration de programmes et de procédures pour la dispensation de soins et de services de qualité et sécuritaires.

L'établissement apporte une grande importance aux ressources humaines. Plusieurs activités sont en place pour apporter un soutien soit par la direction soit par les pairs pour les activités de pairs aidants et les veilleurs qui ont déjà fait leurs preuves auprès du personnel.

De plus, l'écoute envers le personnel dans la rédaction et l'implantation de programmes demeure une activité bien vivante. Le respect sur l'identité du milieu est pris en considération malgré la grandeur du CIUSSS ODIM et une gestion de proximité est favorisée.

Le souci de l'amélioration et du maintien des compétences est appuyé par des programmes cliniques sur la plateforme du développement numérique d'apprentissage (ÉNA). L'établissement est encouragé à maintenir ces programmes de formation auprès du personnel et aussi à ajouter une formation sur la diversité culturelle.

Il existe un cadre éthique, il est constaté que le personnel de certains services connaît le concept éthique et est capable de l'associer à leur pratique clinique. L'établissement est invité à poursuivre la formation auprès de tout son personnel afin que ce concept soit intégré dans la dispensation des soins et des services pour répondre à des dilemmes éthiques.

Il est noté que l'établissement accorde de l'importance à la prévention du suicide. Une collecte de données est en cours d'implantation pour le dépistage du risque de suicide. L'établissement offre également au personnel de la formation portant sur le dépistage et l'intervention dans un cadre sécuritaire et humaniste.

L'établissement est bien au fait de la spécificité des besoins toujours grandissants chez les usagers. Les documents cliniques et administratifs sont appuyés par des données probantes pour la diversité des services répondant aux besoins des usagers.

La communication avec les différents partenaires démontre un travail de collaboration entre les établissements, les organismes communautaires et les milieux universitaires. Le travail de partenariat rejoint la mission du CIUSSS d'offrir des soins et des services de santé intégrée à la population.

SERVICES DE SOINS COURANTS

Les services de santé courants du centre local de services communautaires (CLSC) de LaSalle et du Lac-Saint-Louis sont structurés et répondent bien aux besoins des usagers. Dans le cadre du cheminement des usagers, les besoins de priorités 4 et 5 des usagers sont évalués au service des urgences. Les usagers sont acheminés aux soins courants et les soins sont donnés dans un court délai. L'équipe du personnel est composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'un assistant en soins infirmiers. De plus, un travail interdisciplinaire est réalisé pour la complémentarité des services et des soins aux besoins.

Le personnel est capable d'identifier une situation éthique et de prendre les actions nécessaires pour en discuter avec les personnes appropriées. Le cadre éthique est connu et les membres du comité se sont fait connaître.

Il est recommandé à l'établissement d'implanter un outil de collecte de données pour que l'évaluation du risque du suicide soit faite et identifiée dès la première visite et un suivi assuré pour les visites subséquentes. Le jugement clinique de l'infirmière serait appuyé par des données objectives.

GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

Le groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) se trouve au Centre hospitalier de St. Mary, situé sur le territoire du Centre Ouest de l'île. Cependant, la structure et les lignes directrices de gestion sont celles du CIUSSS ODIM. Ce mode de gestion s'est créé par la fusion des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

La composition du personnel clinique provient du CIUSSS ODIM et du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Les visiteurs ont constaté un travail de collaboration entre les différents professionnels afin d'offrir aux usagers des soins et des services ambulatoires.

La démarche clinique réalisée par les professionnels auprès des usagers est sécuritaire. Le processus d'évaluation et les interventions sont consignés dans le logiciel Myle. Il est noté que le bilan comparatif des médicaments (BCM) est appliqué avec rigueur; le processus permet une collaboration interdisciplinaire.

SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX, VOLET SOCIAL

Les services sociaux généraux du volet social qui ont été évalués étaient les suivants : Services d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR), Services de consultation sociale ou psychologique et Intervention en situation de crise dans le milieu.

Pour l'ensemble des chapitres évalués, plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR) ont atteint le niveau de conformité. Plus précisément, il convient de mentionner celles relatives à l'identification des usagers, la formation sur l'hygiène des mains, le cheminement des usagers et l'évaluation du risque suicidaire. Toutefois, deux POR nécessitent une attention particulière, soit l'évaluation de la communication aux points de transition et l'évaluation de la conformité à l'hygiène des mains.

L'établissement a reçu un investissement financier substantiel au cours des deux dernières années, ce qui a permis de rehausser le nombre de postes affectés directement aux services aux usagers. Ces investissements ont par conséquent permis de réduire, voire éliminer les listes d'attentes et offrir l'accès aux services en temps opportun. La trajectoire des services généraux du volet social est fluide et de solides liens sont établis avec les partenaires institutionnels et communautaires. Les intervenants ont recours à des outils et à des approches normalisées tout en bénéficiant d'un bon soutien de la part de l'équipe d'encadrement et d'une supervision des pratiques professionnelles de qualité et sécuritaires.

L'approche de soins centrés sur la personne est partiellement implantée. Le partenariat avec l'utilisateur et la famille est un acquis au niveau des services et le pouvoir décisionnel de l'utilisateur est respecté. Néanmoins, les équipes sont invitées à impliquer davantage des usagers partenaires dans des décisions reliées à l'organisation administrative des services.

EXCELLENCE DES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE

L'excellence des services de santé physique est répartie dans différentes directions avec une majeure du côté de la direction des soins infirmiers. De nouvelles structures de gouvernance sont en place depuis l'automne. La direction doit s'assurer d'offrir un soutien clinique sur l'ensemble des unités de soins. Le suivi des indicateurs est réalisé et l'équipe s'en sert pour faire des améliorations et des plans d'action. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour intégrer les usagers partenaires dans l'ensemble de ses secteurs. Des efforts d'harmonisation des pratiques restent à être peaufinés afin d'avoir une culture d'amélioration CIUSSS tout en respectant les particularités locales. Les équipes sont encouragées à poursuivre les travaux en lien avec la gestion des lits et les plans de contingence dans un contexte de rareté de la main-d'œuvre et du vieillissement de la clientèle. Leur devise est le bon patient à la bonne place. Le suivi des événements indésirables est bien structuré et des plans d'amélioration sont faits.

DON D'ORGANES

Le don d'organes et de tissus mérite une attention particulière de la part de l'ensemble des intervenants. Malgré le fait que certaines personnes sont très sensibles à la cause, il n'a pas de dons d'organes ou de tissus dans l'établissement. Celui-ci doit introduire cette activité dans les priorités organisationnelles, documenter une politique, faire la formation et de la sensibilisation auprès du personnel, mais surtout ressusciter le comité du don d'organes et de tissus. Certains canaux de communication sont établis avec Transplant Québec et Héma-Québec; ces organismes sont ouverts à former le personnel, diffuser de la documentation et faire la campagne de sensibilisation. De plus, l'établissement doit se montrer proactif avec l'avènement de l'aide médicale à mourir et le don d'organes et de tissus.

SOINS CRITIQUES

L'équipe multidisciplinaire des soins critiques prend en charge des clientèles à majorité gériatrique avec différentes comorbidités. La continuité des soins est un objectif. L'équipe du Lakeshore travaille dans de nouveaux locaux depuis peu tandis qu'au Centre hospitalier de St. Mary (CHSM), les locaux sont vétustes et peu adaptés à une clientèle de soins intensifs. Les intervenants ont le souci de donner des soins de qualité centrés sur l'utilisateur et sa famille. Les pratiques organisationnelles requises cliniques sont conformes, mais une attention doit être portée sur le déploiement du bilan comparatif des médicaments et la communication aux points de transition. Le partenariat entre les établissements est bien établi et les transferts sont faits rapidement lorsque la situation clinique l'exige. Les équipes sont agiles et ont fait preuve de créativité pour répondre aux enjeux de la pandémie et du manque de ressources humaines spécialisées. Le manque de personnel oblige l'établissement à fermer les lits de soins coronariens au CHSM. Une grande collaboration existe entre les différentes professions, et ce, dans l'intérêt de l'utilisateur. Certains outils cliniques doivent être harmonisés entre les sites. Certains enjeux de confidentialité ont été observés dans les deux sites. Il est suggéré à l'équipe de s'associer au comité d'éthique lorsque des enjeux éthiques sont observés.

SERVICES DES URGENCES

L'afflux massif des usagers aux services des urgences et les taux d'occupation très élevés nécessitent régulièrement le déploiement du plan de contingence. Cette situation occasionne un bris dans la fluidité des trajectoires des clientèles. La gouvernance du comité de fluidité hospitalière est bien établie. L'établissement déploie de nombreuses initiatives pour décongestionner les services des urgences. Différents défis sont présents, notamment les enjeux de personnel, la pérennité des équipes et le vieillissement de la population desservie.

Concernant les pratiques organisationnelles requises (POR), toutes sont conformes à l'exception d'un test de conformité concernant l'évaluation de l'efficacité de la communication rendant la POR concernant la communication de l'information aux points de transitions non conforme. Les équipes sont encouragées à poursuivre les démarches amorcées permettant de remplir la mission du service des urgences auprès de la population.

CHEMINEMENT DES CLIENTÈLES

Différents mécanismes ont été mis en place par l'établissement pour assurer la fluidité des trajectoires de soins destinées à la clientèle desservie qui est d'une grande diversité. Chaque établissement dispose d'un plan de contingence et les plans de surcapacité sont en place selon le niveau d'alerte. La communication aux équipes est bien structurée, rapide et permet une mobilisation de l'ensemble des intervenants impliqués dans le cheminement de la clientèle. Il est suggéré à l'établissement de se doter d'un plan de contingence harmonisé pour l'ensemble des établissements du CIUSSS. Certains outils d'information clinique pour la gestion des lits et des séjours ne sont pas tous informatisés, ne permettant pas une gestion optimale et le suivi des indicateurs de résultat. L'établissement est encouragé à se doter d'outils informatiques permettant une meilleure optimisation de la performance.

LES SERVICES AMBULATOIRES

Les équipes des soins ambulatoires offrent des soins et services de qualité en réponse aux divers besoins populationnels. Les services offerts sont en constante progression afin de permettre une expérience de soins de proximité tout en accroissant la fluidité du cheminement de l'utilisateur. Dans un souci d'offrir la même qualité de services, les équipes sont encouragées à harmoniser leurs pratiques. En réponse aux diverses pratiques organisationnelles requises, les équipes devront poursuivre le développement d'une culture de mesure à des fins d'amélioration continue de la qualité.

LES SERVICES DE NÉONATOLOGIE

L'équipe de soins de l'unité de soins intermédiaires offre des soins de proximité en néonatalogie dans une approche de partenariat avec les familles. L'acquisition de matériels spécialisés permet d'offrir une gamme de service accrue à la clientèle. Le programme québécois de la surdité chez le nouveau-né est en cours de déploiement. Plusieurs liens avec des partenaires externes sont établis.

TÉLÉSANTÉ

Le service de télésanté offre une variété de programmes tant receveurs que diffuseurs. Un usager partenaire siège dans les comités et participe activement à l'élaboration des programmes. Les services sont sécuritaires. Des programmes tels que la téléconsultation pour les troubles alimentaires, la téléadaptation pulmonaire pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et la télécomparution ont fait rayonner le CIUSSS.

SERVICES D'IMAGERIE MÉDICALE ET DE MÉDECINE NUCLÉAIRE

Ces services sont gérés par des équipes passionnées qui poursuivent plusieurs projets visant à optimiser l'offre de service et améliorer l'expérience de l'utilisateur. Plusieurs plateformes numériques ont été implantées dernièrement. La radiologie d'intervention se développe et est partie prenante de l'amélioration de la qualité des soins offerts aux usagers. Au niveau de la prévention des infections, il est suggéré d'exercer certains ajustements; entre autres de reprendre les audits sur l'hygiène des mains avec rétroaction et la mise en place de mesures correctives et optimiser le nettoyage et la désinfection à haut niveau de certaines sondes à échographie.

SERVICES INTERVENTIONNELS ET PÉRICHIRURGICAUX

En lien avec la priorité organisationnelle d'accessibilité aux soins et services, les équipes aux services interventionnels et périchirurgicaux sont à pied d'œuvre pour rattraper les retards occasionnés pour les demandes de chirurgie électorale pendant la pandémie. La gestion rigoureuse des listes d'attente à l'interne ainsi que de belles collaborations intra et interhospitalières et avec des partenaires externes (exemple : Institut de l'œil, Brunswick Médical) auront certainement un impact positif sur les listes d'attente.

Les membres de l'équipe rencontrés sont tous passionnés par leur travail, engagés et enthousiastes. Sans aucune exception, et pour tous les titres d'emploi incluant chirurgiens et anesthésistes, tous ont l'utilisateur et sa famille au cœur de leurs préoccupations.

Au niveau de la conformité aux POR applicables à ce processus prioritaire, la plupart sont conformes. Des efforts supplémentaires sont requis notamment dans la standardisation d'information à transmettre aux points de transition. Une attention particulière est requise quant à la documentation dans le dossier de l'information partagée afin de procéder à une évaluation de la démarche et apporter les correctifs nécessaires. À noter que la mesure de conformité pour l'hygiène des mains est requise surtout dans ces milieux où se déroulent des procédures stériles.

La continuité des soins et services est très claire et fluide. À partir de la clinique de préadmission, l'évaluation exhaustive et complète est partagée à la chirurgie d'un jour (CDJ) (tout usager est admis en CDJ pour une chirurgie d'un jour ou une chirurgie nécessitant une hospitalisation postopératoire). Aucun obstacle observé de la CDJ vers le bloc opératoire. Les vérifications sont faites à plusieurs reprises afin d'éviter tout préjudice à la clientèle. Les liens entre le bloc opératoire et la salle de réveil sont sans particularités.

UNITÉS D'HOSPITALISATION

Dans les unités de médecine et chirurgie visitées, des efforts soutenus sont réalisés au quotidien afin de répondre aux enjeux de fluidité. La planification des congés est amorcée dès l'admission et les obstacles au départ sont identifiés et pris en charge rapidement. Des rencontres interdisciplinaires, lesquelles incluent les médecins, sont tenues quotidiennement. De plus, l'équipe participe au plan de contingence de l'établissement en ouvrant des lits de surcapacité.

L'établissement étant confronté à des enjeux de personnel, des efforts de recrutement et de rétention sont en cours. Les externes, les stagiaires étant un bassin de recrutement important, sont bien accueillis et encadrés afin qu'elles souhaitent rester au sein des équipes. En ce sens, les conseillères en soins infirmiers et préceptrices font un excellent travail d'accompagnement et de soutien clinique.

Les POR cliniques sont conformes. Notamment, la prévention des chutes, la prévention des plaies de pression. Cependant, le déploiement du bilan comparatif des médicaments requiert des efforts supplémentaires. Attention également à la contamination croisée pour le transport de matériel souillé vers la stérilisation. Des contenants fermés sont requis pour assurer la conformité.

La culture de l'amélioration continue est bien présente; plusieurs projets d'amélioration sont en cours, des audits sont à poursuivre. Les enjeux éthiques sont repérés, mais la majorité des personnes rencontrées ne pouvaient nommer les ressources existantes pour les aider dans de telles situations. Enfin, les équipes ont intérêt à définir clairement les rôles et responsabilités surtout dans un contexte de pénurie de personnel.

SERVICES D'ONCOLOGIE

L'organisation et la gouvernance des services d'oncologie sont d'une grande efficacité. Les soins et les services cliniques sont offerts par des professionnels et des médecins dont l'engagement est remarquable. À cet effet, la satisfaction des usagers rencontrés est unanimement positive. Les pistes d'amélioration nommées par eux et leurs proches sont uniquement orientées vers le désir de ne pas épuiser les professionnels et leur procurer des effectifs (ressources humaines) en quantité et qualité suffisante.

Les volumes d'activité du service sont en croissance importante depuis les dernières années et les membres de l'équipe de soins demeurent à l'affût des stratégies requises afin de maintenir des délais d'attente à l'intérieur des cibles ministérielles attendues. Il est important de souligner l'engagement de tous les intervenants qui gravitent autour de l'utilisateur.

SERVICES DE SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Cet autre service clinique est sans aucun doute soutenu par des équipes professionnelles et des médecins dont l'engagement est sans borne. L'accompagnement offert jusqu'à la fin de vie se réalise dans le respect et la dignité, ce à quoi chacun est en droit de s'attendre.

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	
<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 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 4 - Services de soins critiques 4.1.74 · 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 périsurgicaux 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
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.35 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.38 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.33 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.99 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.29 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.28
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains</p> <p>La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.2.1 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.2.1 · 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 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.2.1 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.2.1

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	
<p>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. REMARQUE : 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.35
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.42 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.29
<p>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.41

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	
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.18 La charge de travail de chaque membre de l'équipe est assignée et évaluée de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'utilisateur et de l'équipe.	
1.3.19 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
1.5.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
1.5.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.7 Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.8 Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!

1.5.9	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.10	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
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

L'équipe d'excellence des services de santé physique s'est renouvelée dans les derniers mois. Elle est dynamique et connaît très bien les besoins de sa clientèle. Un bon partenariat est en place pour la présence des citoyens partenaires dans les discussions et les objectifs d'amélioration de l'établissement. Dans certains secteurs, des usagers partenaires sont présents dans les comités pour apporter leur contribution. Ces façons prouvent que l'établissement a une philosophie de soins centrés sur l'utilisateur.

Il est suggéré de démystifier la notion de l'utilisateur partenaire versus le citoyen partenaire. La direction a remanié la structure organisationnelle à l'automne dernier en intégrant le service des urgences sous la gouverne de la direction des soins infirmiers afin de favoriser la fluidité. L'équipe est encouragée à faire la même réflexion pour le secteur des soins intensifs. L'équipe identifie ses partenaires internes et externes et souligne leur soutien apporté lors des campagnes massives de vaccination.

La direction clinique souhaite avoir un CIUSSS humain, respectueux de l'utilisateur, du partenaire et de ses ressources humaines. L'ajout de chefs de services de proximité 24/7 dans des endroits névralgiques a permis de mieux saisir la dynamique et la réalité terrain afin d'en arriver à des solutions pérennes. L'ajout de conseillère en soins dans certains secteurs pour le développement de la pratique est une belle initiative pour soutenir les équipes terrain. Il est suggéré de bonifier ce titre d'emploi dans l'ensemble de l'établissement tout en tenant compte des réalités en ressources humaines. L'équipe base ses interventions sur les données probantes et les bonnes pratiques et quelques projets de recherche sont en cours.

La présence de pairs aidants et de veilleurs est un autre moyen de soutenir le personnel en détresse et de les guider au besoin vers les bonnes ressources. Belle initiative qui mérite d'être encouragée et continuée. Le plan de développement des compétences est en place soit par la formation, le mentorat ou le préceptorat. La formation est un moyen de bonifier les compétences des professionnels. Certains besoins de formation sont obligatoires. Les formations en ligne et en présentiel sont privilégiées selon le thème abordé. Plusieurs actions sont mises en place pour le recrutement et la rétention du personnel. Malgré tous ses efforts, la direction doit conjuguer avec une pénurie de personnel dans plusieurs secteurs, dont les soins infirmiers. L'évaluation de la contribution au rendement mérite une attention particulière afin de la réactiver à la suite de la pandémie.

L'harmonisation des pratiques est à réaliser dans plusieurs secteurs cliniques du CIUSSS. On constate des pratiques différentes dans le même secteur, et ce, dans les différents sites. Il est suggéré à l'établissement de trouver un fil conducteur pour arrimer les pratiques dans les différents sites tout en respectant la culture locale. L'approche collaborative multidisciplinaire est présente dans les milieux cliniques tout en tenant compte des diverses cultures populationnelles. La planification du départ est enclenchée dès l'arrivée. Des actions et des initiatives sont prises précocement pour bien orienter l'utilisateur en cas de problématiques sociales. Le projet de demandes d'hébergement à partir du domicile en partenariat avec la direction du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) est porteur de solutions et de résultats positifs.

Les comités de fluidité du CIUSSS ont pour mission de gérer les urgences et d'appliquer les plans de contingence au besoin. Ces comités sont locaux, donc par site, et appuyés par la gestion des lits. L'équipe fait le suivi des indicateurs de performance et en fait l'analyse afin d'améliorer les soins et services. La clinique d'accès rapide au Lakeshore en est un bel exemple de succès. Il est proposé de réfléchir à transposer ce projet dans les autres sites. Le tableau de bord de l'entente de gestion et d'imputabilité est bien suivi. Il est proposé de mettre en place les stations visuelles pour faciliter la communication avec les équipes terrain. L'utilisation des données probantes permet d'offrir des soins de qualité. Le suivi des incidents-accidents est analysé et une décentralisation vers les unités est en cours grâce à l'informatisation du formulaire. Un comité de gestion intégré des risques et les comités d'amélioration de la qualité sont des moyens d'augmenter la qualité des soins en proposant des pistes d'amélioration.

Différents projets d'immobilisation sont en préparation ou en voie de réalisation particulièrement le projet d'infrastructure au Centre hospitalier de St Mary qui nécessitera des efforts et des ressources humaines dans les prochains mois. Les plans des mesures d'urgence sont en place, mais peu de simulations sont effectuées.

Les enjeux éthiques peuvent être adressés au comité d'éthique. Le comité pourrait augmenter sa visibilité par des activités de formation ou de sensibilisation afin de guider les intervenants pour la prise de décision éthique.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services des urgences	
2.1.20 La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.	
2.1.42 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	
2.1.68 Des protocoles et des politiques sont établis pour le don d'organes et de tissus.	
2.1.69 Une politique est en place sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).	
2.1.70 Une politique est en place pour le transfert des donneurs d'organes potentiels vers un autre niveau de soins une fois qu'ils ont été identifiés.	
2.1.71 Des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement sont établis pour identifier les donneurs d'organes et de tissus potentiels.	
2.1.72 De la formation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur le don d'organes et de tissus ainsi que sur le rôle de l'organisme et du service des urgences.	
2.1.73 De la formation et du perfectionnement sur la façon de soutenir et d'informer les familles de donneurs d'organes et de tissus potentiels sont fournis à l'équipe, avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.74 Quand le décès de donneurs potentiels est imminent ou établi, la banque de tissus ou un organisme de dons d'organes (ODO) est informé sans délai.	
2.1.75 Tous les aspects du processus de don sont consignés au dossier de l'utilisateur, y compris la décision de la famille au sujet du don d'organes et de tissus.	
2.1.89 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace 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.	
2.2.6	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.	!
2.4.2	Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	!
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 2 - Services des urgences		

Les services des urgences du Centre hospitalier de St Mary (CHSM), de l'Hôpital Général du Lakeshore (HGL) et de l'Hôpital de LaSalle ont été visités. Le personnel est entièrement dédié à la clientèle, démontre une grande préoccupation pour la sécurité et fait preuve d'une grande vigilance. La cogestion médicoadministrative est omniprésente.

Plusieurs problématiques communes ont été observées. Plusieurs postes sont vacants et ne trouvent pas de preneur lors des affichages, malgré tous les efforts effectués pour le recrutement.

L'afflux massif d'usagers aux services des urgences et les taux d'occupation élevés nécessitent régulièrement le déploiement du plan de contingence. Les délais d'accès et la fermeture des lits sur les unités de soins, unité coronarienne et soins intensifs compromettent la fluidité intrahospitalière, occasionnant une surcharge au service des urgences.

De nombreuses initiatives ont été prises par les établissements pour éviter les visites au service des urgences. Le triage est présent dans tous les établissements et la réorientation des P4-P5 est effectuée vers la première ligne ou les groupes de médecine de famille (GMF).

Peu d'ordonnances collectives sont notées au triage.

L'absence des consentements aux soins signés au dossier a été constatée, sauf à l'Hôpital de LaSalle. Il est suggéré à l'établissement de revoir la pratique reliée au consentement aux soins.

Une harmonisation des formulaires et des procédures est nécessaire; il est suggéré à l'établissement d'y travailler.

La présence des chefs de proximité sur les différents quarts de travail (CHSM et HGL) assure une gestion de proximité et un soutien aux jeunes équipes en place. Il convient de féliciter l'établissement pour cette initiative.

Il a été noté que les médicaments sont transcrits manuellement par les infirmières sur les profils de médicaments. Il est suggéré à l'établissement de revoir la pertinence de la retranscription, en collaboration avec la pharmacie, afin d'éviter les erreurs.

Centre hospitalier de St Mary

Le service des urgences est situé dans des locaux exigus, les chambres sont petites (portes en Plexiglas dans certains secteurs) et les corridors sont encombrés de matériel et d'équipements. Les infrastructures actuelles ne permettent pas l'installation des patients intubés dans les salles et ceux-ci doivent demeurer dans les salles de réanimation, en attente d'un lit aux soins intensifs. Cette pratique compromet l'accessibilité aux salles de réanimation. Il est suggéré à l'établissement de revoir cette pratique.

La réorientation des P4-P5 a été difficile à implanter en raison de l'absence de GMF disponibles et de la situation géographique de l'établissement sur le territoire d'un autre CIUSSS. Il est suggéré à l'établissement de créer des ententes avec les partenaires du CIUSSS. Des simulations ont lieu chaque mois afin de permettre la mise en pratique des différentes techniques de soin.

Il y a lieu de s'interroger concernant une pratique au triage (prélèvements urinaires). Lors de notre visite, la présence de spécimens d'urine sur une table à l'entrée de la salle de triage dans la salle d'attente a été constatée. Il est suggéré à l'établissement de revoir cette pratique.

Hôpital Général du Lakeshore :

Les lieux physiques du service des urgences sont exigus et encombrés. La clientèle est âgée et présente des problématiques complexes. Certains usagers au corridor n'ont pas de cloche d'appel. Des aides de service sont présents et assurent leur surveillance. Un préposé dédié « aide à la marche », permet d'éviter le déconditionnement. Une unité d'intervention brève accueille la clientèle nécessitant un court séjour. Une équipe interdisciplinaire est présente de même qu'un coordonnateur médical.

La clientèle P4-P5 de même que certains usagers nécessitant un suivi sont dirigés vers la clinique d'accès rapide (CAR). Une équipe multidisciplinaire incluant une infirmière praticienne spécialisée assure une prise en charge rapide et un suivi des usagers évitant l'occupation d'un lit au service des urgences. L'établissement est félicité pour cette initiative innovante.

Lors de la visite, une entorse à la confidentialité a été constatée au triage où deux usagers étaient triés simultanément dans la même salle, séparée par un rideau. Les visiteurs ont également noté la présence de dossiers antérieurs entreposés dans un corridor où séjournent des usagers et où la circulation est importante. Il est recommandé à l'établissement de s'assurer du respect de la confidentialité.

Lors de l'arrivée d'un usager, deux dossiers sont produits à l'accueil, un contenant les documents utilisés par le médecin et l'autre destiné au personnel. Les dossiers sont par la suite unifiés dans un seul dossier. Il est suggéré à l'établissement de revoir cette pratique en raison du risque d'erreur.

Hôpital de LaSalle :

Les lieux physiques sont spacieux et adaptés aux soins de la clientèle desservie. On y retrouve un salon d'allaitement et un salon des familles équipé d'une civière est utilisé à la suite d'un décès pour le recueillement auprès de l'usager. Deux salles de triage sont disponibles et des ententes de transfert interétablissement sont en place pour la clientèle pédiatrique et en santé mentale. Deux salles de réanimation équipées de tout le matériel requis permettent une prise en charge optimale des usagers. Une zone d'évaluation rapide (ZER) est disponible pour la clientèle ambulatoire. Une équipe interdisciplinaire incluant une infirmière de liaison et un pharmacien y sont affectés.

La rétention du personnel infirmier est favorisée par l'application de l'horaire Optima permettant un aménagement du temps de travail.

Le personnel du service des urgences se réfère aux soins intensifs pour l'identification des donneurs d'organes. Il est suggéré à l'établissement de reprendre les travaux du comité de dons d'organes et de tissus.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	
3.1.20 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
3.1.23 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
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. <ul style="list-style-type: none"> 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'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. 	
3.1.50 Les usagers qui ont reçu des sédatifs ou des narcotiques font l'objet d'une surveillance.	!
3.1.61 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. <ul style="list-style-type: none"> 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. 3.1.61.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 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.	
3.2.7	Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!
3.4.2	Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	!
3.4.3	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 3 - Unités d'hospitalisation

Unité d'hospitalisation en chirurgie

À l'arrivée de l'équipe visiteuse à l'unité d'hospitalisation en chirurgie, 6e nord, au Centre hospitalier de St. Mary, elle constate rapidement à quel point les membres de l'équipe rencontrés sont tous passionnés par leur travail, ils sont engagés et enthousiastes. Sans aucune exception, et pour tous les titres d'emploi, tous ont l'utilisateur et sa famille au cœur de leurs préoccupations.

Des efforts soutenus sont réalisés au quotidien afin de contribuer aux enjeux de fluidité. Les gestionnaires sont très proactifs et tiennent des rencontres multidisciplinaires quotidiennement et préalablement à la rencontre de gestion des lits. Malgré l'occupation de certains lits de chirurgie par les cas de médecine,

lesquels contribuent à désengorger la salle d'urgence, tous les efforts sont déployés pour éviter l'annulation de chirurgies électives nécessitant une hospitalisation.

En lien avec les enjeux de personnel, l'unité a connu un exode de ressources infirmières dans la dernière année. Diverses stratégies de recrutement sont en cours. Il faut noter celle qui consiste à recruter des externes en soins infirmiers, qui ensuite reviennent comme candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et ensuite comme infirmières. En plus de donner de bons résultats, cette stratégie met en valeur les possibilités de cheminement de carrière au sein de l'établissement et contribue à la fidélisation des ressources. Bravo!

La notion d'interdisciplinarité est bien ancrée. L'équipe est bien soutenue par les conseillères en soins infirmiers, surtout dans un contexte d'équipe jeune. La contribution d'autres professionnels tels que les nutritionnistes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières de liaison permet de répondre aux divers besoins identifiés pour chaque usager. Il faut souligner également la présence d'un pharmacien sur l'unité, qui par le développement d'outils de référence et son implication auprès de l'équipe permet d'assurer adéquatement la gestion des médicaments.

Sur le plan clinique, l'implantation du « National Surgical Quality Improvement Program » démontre des retombées positives, notamment pour le délirium postopératoire et possiblement pour d'autres indicateurs de qualité.

Enfin, pour la POR Transfert de l'information aux points de transition, l'équipe est encouragée à entreprendre une démarche qui vise à standardiser l'information à transmettre, développer des outils pour consigner l'information et évaluer les résultats. La culture de l'amélioration continue est bien présente; plusieurs projets d'amélioration sont en cours, des audits sont à poursuivre.

L'unité de médecine, 4e Nord, du Lakeshore a été visitée. Une équipe interdisciplinaire est en place et veille au bon déroulement des activités de l'unité. La planification du congé est enclenchée dès l'admission et les obstacles au départ sont identifiés et pris en charge rapidement. Des rencontres interdisciplinaires incluant les médecins sont planifiées quotidiennement. Le projet pilote d'équipe de déconditionnement est en place et est digne de mention pour la qualité des soins et favorise la mobilité des usagers. L'équipe participe au plan de contingence de l'établissement en ouvrant des lits de surcapacité. L'équipe a le souci d'orienter les usagers vers le bon secteur, car un principe prime soit qu'il travaille avec des humains. Les soins centrés sur l'usager sont privilégiés. Certaines pratiques organisationnelles requises ne sont pas conformes, dont le bilan comparatif des médicaments et la transmission d'informations aux points de transition. Les POR cliniques sont conformes. D'autres aspects de sécurité doivent être pris en considération, dont le transport du matériel vers la stérilisation qui est à risque de contamination croisée. De plus, les produits sur les chariots d'entretien ménager sont

facilement accessibles par la clientèle, surtout sur une unité où l'on observe des problèmes cognitifs importants. Il est proposé d'envisager l'achat de chariots fermés et barrés. Une formation sur les enjeux éthiques devrait être envisagée pour faire connaître ledit comité.

L'unité de médecine-chirurgie de LaSalle a été visitée. Cette unité de 40 lits est divisée en trois secteurs. Une polyvalence du personnel est observée, mais le principe de continuité des soins est privilégié. Les différentes pratiques organisationnelles requises sont conformes et sont appuyées par des audits dans un objectif d'amélioration continue. Des rencontres multidisciplinaires sont tenues pour bien planifier l'orientation de la clientèle au bon endroit. Les intervenants maximisent leurs efforts pour relocaliser l'usager à domicile. Il serait important de s'assurer de garder la documentation clinique dans un cartable afin d'éviter des pertes. Il est proposé de revoir les rôles et responsabilités de la dyade en soins infirmiers afin d'harmoniser la pratique CIUSSS. Le suivi effectué par l'assistante infirmière-chef sur les 3 secteurs est digne de mention. Il est suggéré d'impliquer davantage les autres professionnels afin de se familiariser à son travail et d'augmenter les apprentissages des collègues. Le projet d'amélioration des soins d'hygiène avec l'introduction de lingettes désinfectantes est un autre exemple que l'équipe a le souci de donner des soins de qualité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de soins critiques	
4.1.9 Un processus permet d'évaluer les usagers potentiels selon les critères d'admission en soins critiques.	
4.1.24 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	
4.1.32 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
<p>4.1.38 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.</p> <p>4.1.38.2 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.</p> <p>4.1.38.4 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.</p>	
<p>4.1.41 Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.</p> <p>NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p> <p>4.1.41.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.</p>	
4.1.54 L'utilisateur fait régulièrement l'objet d'un dépistage du délire et reçoit des interventions servant à prévenir le délire.	

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.	
4.1.74	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
4.1.74.1	Principal: 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.	
4.1.74.2	Principal: Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
4.1.74.4	Principal: L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
4.1.74.5	Secondaire: 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).	
4.1.75	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.	
4.1.78	Il existe des politiques et procédures relatives au don d'organes et de tissus.	
4.1.79	Il existe des politiques et procédures pour assurer une prise en charge optimale des donneurs.	
4.1.80	Il existe une politique relative au don après décès circulatoire (DDC).	
4.1.81	Il existe une politique sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).	

4.1.82	L'information nécessaire sur les implications du décès neurologique est fournie à la famille.	
4.1.83	La politique suivie respecte les exigences légales qui s'appliquent lorsque vient le temps de s'adresser aux usagers et aux familles au sujet du don de tissus et d'organes.	
4.1.84	Des facteurs cliniques susceptibles de mener à un acheminement devraient être établis pour aider les membres de l'équipe à savoir à quel moment communiquer avec les organismes de dons d'organe (ODO). Dans le cas des dons d'organes, ces facteurs cliniques devraient tenir compte des usagers exigeant une ventilation mécanique, de ceux pour lesquels il y a eu ordonnance du retrait des moyens de maintien artificiel de la vie par un médecin avec le consentement approprié de la famille ou de la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, ou de ceux qui répondent aux critères permettant d'établir un diagnostic de décès neurologique, en plus de permettre de s'assurer que les usagers répondent aux autres critères d'admissibilité pour un don d'organes et de tissus. Dans le cas des dons de tissus, ces facteurs tiennent compte des cas d'utilisateurs pour lesquels un diagnostic de décès cardiaque est établi.	
4.1.87	Quand le décès de donneurs potentiels est imminent ou établi, l'information est transmise sans délai à l'organisme de dons d'organes (ODO) ou à la banque de tissus.	
4.1.88	Tous les aspects du processus de don, y compris la décision de la famille au sujet du don d'organes et de tissus, sont consignés au dossier de l'utilisateur.	
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.	!
4.2.7	Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!
4.3.14	L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services de soins critiques

Deux secteurs ont été visités dans le cadre de cette visite, soit le Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) et l'Hôpital général du Lakeshore. Ces deux unités ont des vocations variables et un niveau d'intensité de soins très différents.

Les soins critiques au CHSM sont vétustes; on y retrouve sept lits, dont cinq pour la clientèle médico-chirurgicale et depuis peu deux lits sont attribués à la clientèle avec des problématiques cardiaques en raison du manque de personnel pour le fonctionnement des deux secteurs. Cette unité a été transformée en une unité COVID et il est observé la présence de tuyaux au plafond pour les échanges d'air.

L'équipe a bien intégré les valeurs organisationnelles dans SA pratique quotidienne. L'usager et sa famille sont au centre des activités. Les usagers sont pris en charge par une équipe multidisciplinaire guidée par un intensiviste ou un cardiologue selon la pathologie. L'équipe de travail est jeune, collaborative avec les autres professionnels. On note une absence de conseillère cadre pour les soutenir au quotidien. Il est suggéré à la direction des soins infirmiers de s'assurer que l'équipe reçoit le soutien nécessaire pour donner des soins de qualité et d'avoir de la formation adaptée à leurs besoins. Plusieurs outils cliniques ne sont pas présents dans les dossiers cliniques tels que la prophylaxie de la thromboembolie veineuse et du dépistage du délirium chez la clientèle. Une partie du dossier actuel des usagers se retrouve sur une table à la porte de la chambre. Un risque important pour la confidentialité est observé et doit être corrigé afin de préserver les informations de l'usager de façon confidentielle. Une attention doit être également apportée à l'entreposage sécuritaire des bonbonnes d'oxygène vide afin d'éviter un accident.

Plusieurs pratiques organisationnelles requises sont conformes; l'évaluation du risque de chute, la prévention des plaies de pression, le bilan comparatif des médicaments et l'hygiène des mains en sont des exemples. L'équipe de soins est encouragée à poursuivre son bon travail et à consolider ses applications. Il faut noter particulièrement l'accès à la transmission de la communication aux points de transition qui est gardée au dossier dans un document écrit.

Malgré tous les efforts, l'équipe fait face à une pénurie de personnel infirmier. La formation du personnel est limitée étant donné l'absence de relève pour le remplacement.

L'administration de la médication respecte les standards de bonne pratique. Les médicaments à haut risque sont bien identifiés et la double signature est observée au dossier de l'usager.

Les enjeux concernant le don d'organes et de tissus sont bien identifiés et adressés à la direction.

L'équipe des soins intensifs de l'Hôpital général du Lakeshore a intégré de nouveaux locaux il y a quelques semaines. L'équipe est en ajustement et en adaptation pour se familiariser avec cette nouvelle réalité.

L'unité de soins comporte 15 lits avec une clientèle à majorité gériatrique requérant une intensité de soins de haut niveau. Il n'a pas de critères d'admission officiels. L'équipe est encouragée à formaliser les critères d'admission. La surveillance clinique de la clientèle est complète et des outils cliniques de standardisation sont utilisés pour uniformiser la pratique. Les pratiques cliniques en lien avec les POR telles que

l'évaluation des plaies de pression, le risque de chute, la double identification, la prophylaxie de la thromboembolie veineuse sont en place. Cependant, le bilan comparatif des médicaments et la communication aux points de transition méritent une attention particulière. La présence d'une agente d'intervention de liaison et de communication est un bon coup du service et surtout un bon intervenant pour aider les familles à se familiariser avec la situation des soins intensifs. Il est suggéré à l'équipe de s'associer au comité d'éthique lors d'enjeux éthiques.

Le suivi des soins de bouche est très bien fait et noté sur la feuille d'observation. Il a été remarqué lors de la visite qu'aucun usager n'était mobilisé au fauteuil et l'absence de lève-patient sur rail. Il est suggéré à l'équipe de réfléchir afin de s'assurer la mobilisation des usagers et, si possible, d'avoir une physiothérapeute au sein de l'équipe interdisciplinaire. L'équipe a également été informée de certains enjeux de confidentialité, particulièrement des discussions de corridor et de la présence des feuilles d'observation au vu des personnes qui circulent dans l'établissement. Il est suggéré de structurer les rencontres multidisciplinaires afin de bien planifier l'orientation de la clientèle lorsque les soins critiques ne seront plus nécessaires. Le soutien de la prévention des infections est très présent et disponible lors de besoins particuliers. L'équipe note un soutien clinique qui pourrait être augmenté pour améliorer la qualité des soins et le soutien aux équipes cliniques.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services de néonatalogie	
<p>5.1.33 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.</p> <p>5.1.33.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>5.1.33.2 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.</p> <p>5.1.33.3 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.</p> <p>5.1.33.4 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.</p>	<p>POR</p>
<p>5.1.35 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.</p> <p>REMARQUE : 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.</p> <p>5.1.35.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.</p> <p>5.1.35.2 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'utilisateur.</p>	<p>POR</p>

- 5.1.66 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 5 - Services de néonatalogie

L'unité des soins intermédiaires en néonatalogie fait partie intégrante de l'unité familiale des naissances. Une équipe dynamique et polyvalente offre des soins dans l'intégralité des services de la trajectoire de soins. Cette unité de 12 lits accueille de 500 à 600 nouveau-nés par année.

Le nouveau-né et sa famille sont au centre des préoccupations des divers intervenants. Le désir d'intégration et de partenariat avec les familles est omniprésent, autant dans la prise de décisions que dans l'offre de soins à leur nouveau-né. Les parents sont invités selon leur souhait à être présents en tout temps auprès de leur enfant. Afin de faciliter cette proximité, des chambres d'accommodement sont disponibles pour ces derniers.

L'acquisition de matériels spécialisés (Chaise 0 gravité et Isolette de transport) permet de rehausser l'expérience de soins, de même qu'accroître la gamme de services.

Confrontée à des enjeux de personnel, l'équipe est en recherche constante de solutions afin d'offrir des soins et services sécuritaires et de qualité. Une approche multifacette est mise en place afin d'accroître le recrutement et la rétention du personnel, et aussi améliorer l'organisation du travail. Cela requiert une agilité des gestionnaires et des équipes.

Dans un souci d'harmonisation des pratiques et des outils, on observe une belle collaboration, des gestionnaires des sites offrant des soins intermédiaires, afin d'identifier et prioriser ces derniers.

Les équipes sont encouragées à poursuivre leurs efforts pour rendre conformes les diverses pratiques organisationnelles requises, et ce, tout particulièrement en développant des outils adaptés à leur clientèle pour l'évaluation des plaies de pression et la réalisation du bilan comparatif des médicaments.

Plusieurs projets sont en cours de déploiement comme le programme québécois de la surdité chez le nouveau-né, la mise en place d'un comité local en allaitement et le recrutement d'une conseillère en allaitement.

Plusieurs liens et trajectoires de soins sont établis avec des partenaires interne et externe à l'établissement. L'équipe est encouragée à évaluer l'efficacité des transitions de soins avec ces derniers.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Services d'oncologie	
<p>7.1.99 Soins en consultation externe seulement : 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.</p> <p>7.1.99.1 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.</p>	
<p>7.1.129 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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.</p> <p>7.1.129.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). 	
<p>7.1.130 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.</p>	

7.2.6 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 7 - Services d'oncologie

Les services d'oncologie du Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) et l'Hôpital général du Lakeshore (HGL) ont été visités. Dans ces deux services, tant aux soins ambulatoires qu'aux unités d'hospitalisation, des équipes professionnelles et médicales démontrent un engagement important envers les usagers, leurs familles et leurs proches. D'emblée, la satisfaction de ces derniers est unanime quant à leurs expériences de soins des plus positives.

Fait remarquable, les volumes d'activité sont en forte hausse depuis quelques années, ce qui génère une importante pression sur les ressources de tous types, mais particulièrement sur la main-d'œuvre. Également, un pourcentage élevé de la population desservie provient d'autres territoires et en forte proportion de la région de Montérégie-Ouest.

Les environnements physiques peinent à suffire pour assumer autant d'activités dans les lieux actuels. La direction est invitée à résoudre l'enjeu à HGL pour la localisation des dossiers cliniques afin de préserver la confidentialité. Actuellement, ceux-ci se retrouvent dans des bibliothèques dans les aires communes, ce qui met à haut risque le respect de la confidentialité.

Les enjeux de main-d'œuvre n'échappent pas à ce secteur pour tous les titres d'emploi professionnels et médicaux. Malgré tout, les services attendus sont offerts, mais créent une pression très importante sur les équipes.

Les équipes multidisciplinaires à HGL devront être complétées, certains services ne sont pas offerts et il sera important de trouver une solution.

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	
<p>8.1.59 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>8.1.59.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). 	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	

Commentaires des visiteurs

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

Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts avec compassion et dignité. Les membres des différentes équipes rencontrées détiennent les connaissances et les compétences nécessaires pour déployer une offre de haute qualité, laquelle est très appréciée des usagers et de leurs proches.

Il importe de souligner que l'interdisciplinarité est exemplaire, au plus grand bénéfice de la clientèle. Les soins sont sans aucun doute centrés sur l'utilisateur. En complément, des intervenants, tels massothérapeute et musicologue offrent des soins à toutes les clientèles, tant en soins oncologiques que pour les soins palliatifs.

À l'Hôpital général du Lakeshore (HGL), un projet de création d'une unité de soins est discuté, la direction est encouragée à réaliser dès que possible ce projet afin d'améliorer l'offre de service. Actuellement, les usagers sont disséminés sur plusieurs unités de soins, ce qui complexifie le développement de l'expertise clinique.

Les ressources, comme le conseiller cadre et la conseillère clinique, détiennent une expertise des plus riches afin de soutenir les équipes et les accompagner dans les situations complexes.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	
9.1.8 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.	!
9.1.12 Les articles contaminés sont transportés vers l'unité de retraitement dans un contenant approprié.	!
9.1.14 Lors du transport d'équipement ou d'appareils et instruments contaminés, les lois en vigueur sont respectées, les conditions environnementales sont vérifiées et des contenants, boîtes, sacs et véhicules de transport propres et appropriés sont utilisés.	!
9.1.34 Un processus est en place pour identifier les usagers dont l'état dégenère en situation urgente ou en situation de crise pendant qu'ils sont sur une liste d'attente, ainsi que pour savoir quoi faire en pareilles circonstances.	
9.1.108 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. <ul style="list-style-type: none"> 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. 9.1.108.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 	

- 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.



9.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.



9.2.1.1 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, p. ex. :

- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité des 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).

9.2.1.2 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.

9.2.1.3 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.

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.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Alors que les services interventionnels et périchirurgicaux sont souvent reconnus comme des milieux fermés et froids, ceux de l'Hôpital général du Lakeshore, du Centre hospitalier de St. Mary et de l'Hôpital de LaSalle dégagent beaucoup de chaleur humaine.

D'abord, les gestionnaires en poste sont de remarquables leaders. En plus d'avoir de fortes connaissances de leurs secteurs, ces gestionnaires font preuve d'un professionnalisme exemplaire ainsi que de bienveillance auprès de leurs équipes respectives. Sans aucune exception, et pour tous les titres d'emploi, tous ont l'utilisateur et sa famille au cœur de leurs préoccupations.

Engagées et mobilisées, les équipes veillent sur le bon fonctionnement de leur secteur (clinique de préadmission; bloc opératoire; salle de réveil; chirurgie d'un jour, endoscopie et unité de retraitement des dispositifs médicaux/URDM), et ce, malgré certains espaces qui ne sont pas optimaux et auraient avantage à être revus, puisqu'à notre compréhension, il n'y a pas de projet de réaménagement prévu à très court terme pour les secteurs cités ci-dessus.

Le travail effectué dans les cliniques de préadmission mérite une mention spéciale. L'évaluation exhaustive réalisée en interdisciplinarité ainsi que l'enseignement prodigué permettent de bien préparer les usagers et leurs proches à l'intervention attendue.

La co-gestion entre l'équipe médicale et les gestionnaires clinico-administratifs paraît très solide. L'implication des chirurgiens dans le recrutement et l'apprentissage des nouvelles recrues au bloc opératoire; les efforts déployés pour diminuer les listes d'attente; les transformations de chirurgies nécessitant une hospitalisation en chirurgies d'un jour selon les données probantes sont quelques exemples.

En guise d'amélioration, l'établissement est encouragé à reprendre une planification pour l'évaluation de la contribution, car c'est un moment privilégié avec l'employé autant pour son développement que pour lui témoigner de la reconnaissance.

Également, l'équipe aurait avantage à promouvoir une culture de mesure afin d'évaluer l'impact des actions prises. Les résultats pouvant propulser l'équipe en amélioration continue de la qualité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
<p>10.1.42 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	

- 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).

10.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.



- 10.2.1.1 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).

- 10.2.1.2 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.

- 10.2.1.3 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.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Différents secteurs ont été visités tels que les cliniques externes spécialisées, la médecine de jour, l'hémodialyse et l'Accueil clinique au sein des installations de l'Hôpital général du Lakeshore et l'Hôpital de LaSalle.

Le visiteur a rencontré des équipes engagées, polyvalentes et qui souhaitent toujours aller plus loin afin d'offrir des soins de qualité et sécuritaires pour les clientèles. L'entraide et le travail d'équipe sont un leitmotiv du fonctionnement des équipes au sein des services ambulatoires. L'esprit d'équipe, de collaboration et une réorganisation du travail des équipes permettent le maintien de l'offre de services lors d'enjeux de manques de ressources.

La prise en charge de la clientèle est réalisée dans une approche humaine et respectueuse. L'utilisateur et sa famille sont au cœur des actions tout en étant partenaires dans la prise en charge de la gestion de leur santé.

Il règne un beau climat de travail au sein des deux équipes visitées.

L'équipe de gestionnaires des services ambulatoires des trois centres hospitaliers travaille de concert à accroître les services adaptés à leur population. Le souhait d'harmonisation des pratiques et des outils est présent.

Les équipes sont invitées à intégrer des usagers partenaires dans les différents projets (développement, modernisation, conception et révision d'outils cliniques, etc.).

Lors de la visite à l'Hôpital général du Lakeshore, il a été possible de constater les structures environnementales exigües pour lesquelles on observe des enjeux de confidentialité omniprésents. Un projet de modernisation d'ici 2027 est en cours.

Les services offerts par la mise en place de l'Accueil clinique connaissent un accroissement constant avec l'intégration de nouveaux algorithmes (ex. : douleur), et ce, au sein des deux établissements visités. Les équipes sont conscientes des bienfaits de l'Accueil clinique et envisagent d'élargir les corridors de services entre les accueils cliniques, les services d'urgences et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces initiatives ont un impact sur le cheminement des usagers qui est autre que les services d'urgence.

Les projets de développement des Accueils cliniques et des médecines de jour font partir des projets phares qui ont été priorisés dans les objectifs organisationnels.

Les équipes sont encouragées à poursuivre leurs efforts pour rendre conformes les diverses pratiques organisationnelles requises, et ce, tout particulièrement en développant une culture de mesure qui s'inscrit dans leurs processus d'amélioration continue.

Les usagers rencontrés se disent plus que satisfaits des soins et services qu'ils considèrent comme sécuritaires, de qualité et adaptés à leurs besoins.

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	
11.1.1 Au moins une fois par année, l'équipe recueille l'information sur le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des usagers sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
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.	
11.1.32 L'équipe se conforme aux règlements applicables pour la conservation, la manipulation et l'élimination des substances radioactives.	!
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.	
11.1.46 Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux usagers.	!
11.1.47 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
11.1.49 La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement dans l'organisme surveille la conformité de l'équipe aux politiques et aux procédures de l'organisme sur le retraitement.	
11.1.70 Lorsque des médicaments tels que les opacifiants intravasculaires, les tranquillisants et les produits radiopharmaceutiques sont administrés à l'utilisateur, l'équipe s'assure d'avoir un accès immédiat à du personnel formé pour traiter les urgences médicales (p. ex., formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR), à un chariot d'urgence et à un appareil à oxygène.	!

11.1.97	L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.	!
11.1.98	L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
11.1.106	L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.	
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	<p>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:</p> <p>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).</p>	
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.	!
11.2.7	Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!

11.2.8	Les membres de l'équipe et les bénévoles ont accès aux politiques et aux procédures relatives à la prévention et au contrôle des infections.	!
11.4.1	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.	!
11.4.2	Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Les départements visités sont organisés et bénéficient de la gestion dynamique de gestionnaires impliqués.

L'offre de service est diversifiée et répond aux besoins du CIUSSS. Plusieurs examens sont offerts en lien avec l'orthopédie et les suivis de grossesses.

Des améliorations technologiques ont été réalisées dans les dernières années avec ajout de nouvelles plateformes et modules informatiques spécifiques à l'imagerie médicale, ce qui a amélioré l'efficacité des départements.

Par ailleurs, le service de médecine nucléaire bénéficierait d'une attention pour la gestion des produits radioactifs. Il serait optimal d'avoir une hotte afin de sécuriser la préparation des isotopes.

Pour le volet prévention des infections, certaines lacunes ont été observées. La formation sur l'hygiène des mains est offerte et suivie. Cependant, la mesure en lien avec la conformité de l'hygiène des mains n'est pas effectuée de façon uniforme pour tous les secteurs. Aussi, il est suggéré de diffuser les résultats aux équipes et aux bénévoles afin de corriger les pratiques.

Pour le nettoyage et la désinfection de certains instruments effectués sur le département, il est recommandé d'adapter des lieux physiques adéquats afin d'éviter la contamination croisée. Le port de l'équipement de protection individuel adapté à la décontamination est aussi recommandé.

Aussi, afin de mieux gérer les situations d'urgence, il est recommandé d'effectuer des simulations et d'avoir des procédures pour encadrer ces situations.

Plusieurs projets innovateurs sont effectués en imagerie médicale : la cryo-ablation qui permet d'éliminer certaines tumeurs de façon très peu invasive; l'installation de cathéter central inséré par voie périphérique (CCIP) par une technologue formée et soutenue par un radiologiste qui a permis d'effectuer beaucoup plus de procédures en moins de temps; le projet pour l'installation future d'un tomographe par émission de positrons (TEP) qui optimisera les soins offerts aux usagers en oncologie.

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.	
13.1.2 Des politiques en matière de don d'organes et de tissus sont élaborées avec l'apport des usagers et des familles.	
13.1.3 Une politique sur le don d'organes et de tissus à la suite d'un décès circulaire est élaborée avec l'apport des usagers et des familles.	
13.1.5 Les objectifs comprennent l'identification et l'acheminement de chaque donneur potentiel.	
13.1.8 Un comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus et qui est responsable de surveiller et d'améliorer la qualité du programme de don est établi avec l'apport des usagers et des familles.	
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.	
13.1.10 Des responsables avec l'expertise et les compétences en matière de dons d'organes et de tissus sont chargés de la promotion du don d'organes et de tissus.	
13.1.15 Un manuel des procédures d'opérations normalisées (PON) est à la disposition de tous les membres de l'équipe responsable des dons.	
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.	
13.1.25 Les souhaits du donneur potentiel et sa volonté exprimée au sujet du don d'organes et de tissus sont respectés.	

13.1.27 Dans les organismes qui font des dons d'organes et de tissus après décès circulatoire, la possibilité du don d'organes est présentée à la famille après qu'elle ait décidé de mettre fin aux traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV), mais avant de cesser le traitement de survie.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)

La devise pour le don d'organes au Lakeshore et pour le CIUSSS est « tout est à faire ». L'équipe connaît les organismes responsables de dons d'organes et de tissus, soit Transplant Québec et Héma-Québec, et les consulte au besoin. Le don d'organes et de tissus ne fait pas partie des priorités organisationnelles. Aucune politique ou procédure n'est en place pour guider les intervenants. L'établissement est encouragé à établir une politique CIUSSS concernant le don d'organes et de tissus et à l'intégrer dans les pratiques organisationnelles.

Le comité du don d'organes du CIUSSS est inactif depuis deux ans; il doit être réactivé prochainement. L'équipe est fortement encouragée à revoir la composition du comité et il serait intéressant d'introduire une famille partenaire afin de sensibiliser davantage au vécu des familles et faciliter la promotion du don.

Certains documents de référence sont affichés sur les unités de soins critiques, mais en nombre limité. Le personnel a commencé la formation en ligne de Transplant Québec. Cette formation, quoique pertinente, doit être offerte à tous les intervenants qui gravitent autour d'un donneur potentiel, incluant l'équipe médicale. L'établissement est encouragé à développer une stratégie pour favoriser la formation, la sensibilisation et la promotion du don d'organes et de tissus, et ce, pour le bien-être de tous les usagers en attente de greffe.

Une réflexion s'impose également quant au don de décès circulatoire après une aide médicale à mourir et la volonté de ces usagers de faire le don de leurs organes. Pour certains intervenants, il peut y avoir un choc des valeurs. L'établissement est encouragé à guider ces intervenants dans leur pratique et à leur apporter le soutien nécessaire.

Bien qu'il n'y ait aucune politique ou procédure concernant les dons d'organes et de tissus, une vigie est effectuée par le personnel des soins intensifs de l'Hôpital de LaSalle concernant les donneurs potentiels d'organes. Les équipes des soins intensifs sont sensibilisées et possèdent les outils de référence et les outils nécessaires pour l'identification et le maintien des donneurs. Le personnel du service des urgences se réfère au besoin aux ressources des soins intensifs. Une sensibilisation concernant les dons de tissus est à faire notamment auprès du personnel des soins intensifs et du service des urgences. Des dons d'organes et dons après décès circulatoires (DDC) ont été effectués dans le passé et la volonté de reprendre le dossier est présente.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur

L'équipe de visiteurs a assisté à deux rencontres sur la gestion des lits à l'Hôpital Général du Lakeshore et à au Centre hospitalier de St. Mary. Des comités locaux de fluidité sont présents dans chacun des établissements.

Hôpital Général du Lakeshore :

Lors de la visite, il a été possible de voir l'application du plan de contingence de l'établissement en raison du taux d'occupation de 200 % au service des urgences, et l'activation de la cellule de crise. La présence de nombreux usagers au service des urgences et la capacité limitée d'admission sur les unités de soins compromettaient la fluidité intrahospitalière et par le fait même le cheminement des clientèles. Les différents enjeux ont été rapidement identifiés. L'équipe a déployé de nombreux efforts pour diminuer l'engorgement du service des urgences, et ce, malgré le manque de ressources sur les unités de soins et au service des urgences.

Lors des différentes rencontres, l'équipe des visiteurs a remarqué la collaboration et la mobilisation de tous les intervenants des différentes directions impliqués dans les trajectoires de soins. Plusieurs rencontres (Pré-Swat, et Swat) ont permis d'identifier les usagers en attente d'une admission à l'étage, d'une orientation vers une ressource interne ou externe. La gestionnaire locale des lits et la cheffe de fluidité ont eu accès rapidement aux informations concernant les usagers au service des urgences et les différents obstacles au cheminement de la clientèle ont été rapidement aplanis avec la collaboration des deux coordonnateurs médicaux, un au service des urgences et l'autre sur les différentes unités. Ils se sont penchés sur les différentes problématiques reliées au séjour prolongé des usagers et aux obstacles aux congés, contribuant ainsi à leur résolution. Des lits de surcapacité ont été ouverts sur les unités de soins, et ce, en collaboration avec les chefs d'unité tout en s'assurant que le personnel en place a la compétence nécessaire pour dispenser des soins sécuritaires et de qualité. Il a donc été possible de constater l'efficacité des protocoles et procédures mis en place pour assurer la fluidité des trajectoires, toute l'équipe est félicitée pour cette belle réussite.

Plusieurs mécanismes ont été mis en place en collaboration avec différentes directions et partenaires, notamment la réorientation des usagers (P4-P5) qui se présentent au service des urgences vers les groupes de médecine de famille (GMF) du territoire et la clinique d'accès rapide du Lakeshore (CAR). Certains critères bien établis permettent un accès dans les 24-48 h aux différentes spécialités à la clinique d'accès rapide. Une infirmière praticienne spécialisée est présente, de même qu'une équipe multidisciplinaire permettant d'éviter le recours au service des urgences. Toutes ces interventions ont un impact positif sur la fluidité des usagers et l'équipe est félicitée pour cette belle initiative.

Différents indicateurs sont suivis par les équipes concernant les durées moyennes de séjour et les délais de prise en charge lors des différentes étapes du cheminement de la clientèle. Des améliorations sont effectuées à la suite de l'analyse des résultats. Les listes d'attente sont surveillées et une priorisation des cas en attente d'une intervention chirurgicale est effectuée. Les usagers sont informés de la date d'intervention prévue. Une coordination des cas en attente planifiée et non planifiée est effectuée par le personnel du bloc opératoire.

Différents obstacles ont été identifiés par la cheffe de la fluidité concernant l'affluence d'usagers en provenance d'autres régions non desservies par l'établissement. Il est suggéré à l'établissement d'amorcer des travaux avec les équipes concernées par l'appartenance de certains usagers et les intervenants du secteur préhospitalier. Des délais importants sont également observés lors des transferts interétablissements en ambulance.

L'équipe des visiteurs a également été informée que certaines clientèles atteintes du trouble spectre de l'autisme demeurent hospitalisées dans l'établissement durant de longues périodes, faute de ressource pour la prise en charge dans le réseau. Il est suggéré à l'établissement d'amorcer des démarches afin d'optimiser la trajectoire de soins de cette clientèle en collaboration avec les partenaires du réseau.

Centre hospitalier de St. Mary :

L'Hôpital est confronté fréquemment à des enjeux de congestion de l'urgence physique. Des mécanismes existent pour atténuer les effets indésirables afin de soutenir la salle d'urgence, mais la formalisation de plan de contingence dans les différents secteurs de l'hôpital demeure à consolider quant à leur élaboration, déploiement, application et évaluation d'impact.

Il est également noté qu'un plan de fluidité hospitalière à 4 niveaux d'intervention, selon la criticité de la situation, n'est pas en cohérence avec les bonnes actions attendues afin de désencombrer la salle d'urgence. La direction est invitée à se doter d'un plan « CIUSSS » harmonisé pour ses trois établissements.

Récemment, d'importants investissements financiers ont été consentis afin d'accroître les effectifs d'encadrement nécessaire pour maintenir une fluidité hospitalière. Les personnes responsables rencontrées sont résolument engagées à atteindre des objectifs ambitieux, mais réalistes.

Les systèmes d'information clinique pour une gestion efficace des lits et des séjours nécessitent une optimisation puisque plusieurs activités non automatisées sont réalisées manuellement à l'aide de chiffrier Excel. Un logiciel performant permettrait une meilleure gestion et l'accès à des résultats permettant l'atteinte des objectifs, favorisant ainsi une amélioration de la qualité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.9 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
1.3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
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.	!
1.5.8 Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.10 Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.14 Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.15 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 - Excellence des services	

Les programmes et les grandes orientations concernant l'excellence des services sont préparés en intégrant les éléments suivants: les soins centrés sur les personnes, l'implication de la direction clinique, le souci des compétences, l'aide à la décision, l'impact sur les résultats ainsi qu'une gestion intégrée de la qualité et des risques.

Ces éléments sont les lignes directrices qui guident les directions et les gestionnaires dans l'élaboration de programmes et de procédures pour la dispensation des soins et des services. Il est constaté que les décisions prises par l'établissement sont orientées dans la préoccupation d'offrir des soins et des services de qualité et sécuritaires.

En ce qui concerne les soins centrés sur les personnes, l'établissement a le souci d'accroître de façon progressive la présence des usagers pour en faire des usagers partenaires. Cependant, l'établissement reconnaît qu'il reste du travail à poursuivre pour une plus grande présence des usagers partenaires dans différents comités participant à la prise de décision. L'établissement souhaite impliquer les usagers dans les comités d'amélioration continue de la qualité ainsi que le comité de gestion intégrée des risques. La poursuite de cet objectif est encouragée.

L'établissement s'emploie activement à évaluer, mensuellement, les besoins des usagers pour ajuster la structure des services en fonction des besoins. Les services qui offrent des soins contribuent au cheminement des usagers selon leurs offres de services. Il faut souligner que les services ambulatoires ajustent leurs services pour s'assurer d'une contribution communautaire de première ligne offerte aux usagers qui n'ont plus besoin de service d'hospitalisation.

De plus, il faut souligner l'approche des sciences infirmières et de santé fondées sur les forces. Cette philosophie de soins infirmiers est teintée de concepts pertinents pour donner les grandes orientations dans la gouvernance.

Le développement de l'amélioration et le maintien des compétences sont encadrés par l'établissement, et ce, à l'aide de plusieurs programmes de formation. La plateforme environnement numérique d'apprentissage (ÉNA) comprend plusieurs formations cliniques et organisationnelles. L'ajustement du programme de formation se fait au cours de l'année en tenant compte des priorités émises par le ministère ou des besoins des usagers qui deviennent une priorité. Le but de l'établissement est aussi de soutenir les professionnels dans l'exercice de leurs champs de pratique vers l'atteinte de meilleures pratiques.

Il convient de souligner de l'existence de comités locaux qui permet un échange sur les besoins spécifiques des usagers et de prendre des actions concrètes pour répondre aux besoins. Dans ces comités, la présence des usagers en milieu communautaire est active.

Il est constaté que l'établissement accorde une grande importance aux ressources humaines. L'application d'une gestion de proximité est favorisée. Nous soulignons le programme pair-aidants composé de gestionnaires qui apportent leur soutien à leurs pairs, mais aussi les guident vers des ressources pour la recherche d'aide psychologique. Aussi, la fonction de veilleur assumée par plusieurs membres du

personnel assure un rôle de repérage et de soutien, favorisant ainsi le contact humain. Ces programmes ont déjà fait leurs preuves, ce qui justifie leur continuité par le soutien et l'engagement des directions.

Des activités de reconnaissance sont mises en place par l'établissement pour l'appréciation de leur travail auprès des usagers; ces activités sont appréciées par le personnel. Malgré la présence de main-d'œuvre indépendante (MOI), l'établissement travaille à maintenir une stabilité des ressources.

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)	
2.1.17 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	
2.1.28 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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.	

<p>2.2.1.1</p> <p>2.2.1.2</p> <p>2.2.1.3</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>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.</p> <p>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.</p>	
<p>2.2.6</p>	<p>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.</p>	!

Commentaires des visiteurs

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

Le Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) a pour mandat d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins et des services sociaux de l'établissement. Cette équipe a connu un essor significatif depuis les deux dernières années : un poste de gestionnaire a été créé pour les services sociaux généraux, puis plusieurs investissements ont été octroyés par le ministère.

L'équipe est composée de travailleurs sociaux, d'agents de relations humaines, de sexologues, criminologues, psychoéducateurs et infirmiers cliniciens. Tous ces intervenants travaillent en interdisciplinarité et répondent à la clientèle en fonction de leurs besoins, et ce, en temps opportun. Trois superviseurs d'activités cliniques (SAC) sont disponibles pour soutenir cliniquement l'équipe. On répond aux demandes dans un délai de moins de 24 heures et moins de dix jours sont requis pour évaluer et orienter les demandes, ce qui est conforme aux normes établies par le ministère.

Les demandes de services peuvent provenir de l'utilisateur lui-même, de ses proches, d'organismes communautaires, de médecins en Groupe de médecine familiale, de centres locaux de services communautaires (CLSC) ou encore de bureaux en pratique privée. Le service vise les usagers ayant une problématique sociale, psychosociale ou physique et répond aussi aux demandes d'informations que les citoyens pourraient avoir sur ces domaines. Il s'agit en fait d'un pré-triage pour permettre d'identifier rapidement les besoins de l'utilisateur, ainsi que le meilleur endroit pour recevoir des services adaptés à leur condition. Les services sont offerts à des personnes de tout âge, puisqu'ils incluent les programmes-services jeunesse, personnes âgées, DI-TSA-DP et le programme de santé mentale.

Les demandes de services sont inscrites sur une fiche standardisée qui est alors transférée au secteur d'activité concerné. Si l'utilisateur est déjà connu par un service, la demande sera transférée rapidement au mécanisme d'accès approprié pour le suivi, réduisant ainsi les délais d'attente pour le service.

Les critères d'admissibilité pour le traitement des demandes sont identifiés et connus. Par ailleurs, si l'intervenant croit que l'utilisateur pourrait bénéficier d'une intervention brève (requérant d'une à trois sessions avec un professionnel) ceci est organisé avec lui pour avoir un suivi rapide. Ce service vient d'être remis en place, après quelques années de pause.

On doit souligner le professionnalisme des intervenants dans le respect des besoins et des droits des usagers, lors des choix d'intervention. De bonnes pratiques sont en place pour accueillir, repérer la personne présentant des idées suicidaires et estimer le degré de dangerosité de passage à l'acte.

Certaines pratiques organisationnelles requises (POR) ont été évaluées comme étant conformes, soit l'identification des usagers, l'évaluation du risque de suicide et la formation sur l'hygiène des mains. L'équipe devra porter une attention particulière à l'égard de l'évaluation du degré de conformité à l'hygiène des mains (audits) et l'évaluation de l'efficacité de la transmission de l'information aux points de transition.

De même, les questions d'éthique devront faire l'objet d'une attention particulière avec le comité d'éthique. Actuellement, ces questions sont discutées avec le chef ou en réunion d'équipe et s'entremêlent avec les défis cliniques. L'établissement est invité à diffuser de l'information à ce sujet et à faire connaître le rôle du comité d'éthique auprès de ses différentes équipes.

Les rencontres ont permis de découvrir que le service peut compter sur une équipe dynamique, démontrant une belle synergie entre les intervenants et soucieuse d'offrir un service de qualité. La présence de superviseurs d'activités cliniques d'expérience est reconnue par les membres de l'équipe comme étant une stratégie de rétention, assurant aux professionnels un soutien clinique et une bonne mise à jour des connaissances.

L'équipe visiteuse tient à féliciter l'équipe pour son engagement et tout le professionnalisme démontré envers les usagers qui, bien souvent, sont dans une grande période de vulnérabilité et ont besoin de faire confiance.

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	
4.1.28 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	
4.1.36 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.	
<p>4.1.50 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.	
4.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	

- 4.2.1.1 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).
- 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.
- 4.2.1.3 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.

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 du CIUSSS-de-l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal offrent des services de consultation sociale ou psychologique dans plusieurs installations. Dans le cadre de la visite d'agrément, le centre local de services communautaires (CLSC) de Pierrefonds et celui de Dorval Lachine ont été visités.

Les équipes sont constituées d'agents de relations humaines, de travailleurs sociaux, de criminologues, de sexologues, de psychoéducateurs et d'infirmiers cliniciens. Un investissement significatif reçu dans les derniers mois a permis de rehausser les effectifs de l'équipe, passant d'une vingtaine de postes à une quarantaine. L'établissement est félicité pour la créativité et l'adaptabilité dont il a fait preuve pour pourvoir ces postes en ces temps de rareté de main-d'œuvre.

Les services sociaux généraux sont depuis peu sous la responsabilité de deux gestionnaires, ce qui permet un meilleur soutien et encadrement pour les équipes. Tous les intervenants rencontrés ont fait part de

leur très grande satisfaction envers l'équipe de gestion et ont signifié leur intérêt envers l'effervescence qui se vit depuis près de deux ans, notamment avec l'arrivée d'une nouvelle gestionnaire et de trois superviseurs d'activités cliniques. Cette équipe dynamique de leaders a su insuffler un nouveau souffle et les intervenants apprécient non seulement les personnes en poste, mais aussi les moyens déployés pour qu'ils effectuent bien leur travail et en conséquence, qui leur permet d'améliorer de beaucoup le service aux usagers.

Les équipes rencontrées démontrent un grand professionnalisme et un haut niveau d'engagement envers la population. Les professionnels ont su développer une approche collaborative et œuvrent en interdisciplinarité. Il importe de souligner que les équipes ont fait preuve d'une bonne capacité d'adaptation en temps de pandémie.

Tous les usagers rencontrés ont témoigné de leur satisfaction sans réserve à l'égard des services reçus, de l'attitude positive et attentionnée des intervenants et du respect de leur choix en matière d'option de service. Les délais très courts pour recevoir les services ont aussi été soulignés. Un grand merci de leur part.

Les équipes des services sociaux généraux travaillent en étroite collaboration avec de nombreux partenaires de la communauté. Des informations à ce sujet sont disponibles et transmises aux usagers. Plusieurs activités sont organisées avec les partenaires pour promouvoir les saines habitudes de vie et la santé mentale.

Certaines pratiques organisationnelles requises (POR) ont été évaluées comme étant conformes: double identification des usagers, évaluation du risque suicidaire et formation sur l'hygiène des mains. Toutefois, des chantiers devront être travaillés, comme l'évaluation de la communication de l'information sur l'utilisateur aux points de transition. Il faut aussi noter que des audits permettant d'évaluer la conformité de la pratique d'hygiène des mains sont réalisés dans certains secteurs, mais ce n'est pas le cas pour l'ensemble des services sociaux généraux. L'établissement est encouragé à déployer ces bonnes pratiques à l'ensemble de ses secteurs.

Une politique a été élaborée et mise en œuvre pour favoriser l'assiduité des usagers et un contrat d'engagement envers le suivi psychosocial est signé. Des services d'interprétariat et de traduction sont accessibles et offerts aux usagers au besoin. Le consentement de l'utilisateur est obtenu de manière formelle avant la prestation des services. Les usagers sont informés de leurs droits et responsabilités, de même que de la possibilité de porter plainte au besoin.

La pratique professionnelle est bien encadrée avec, notamment, le soutien des spécialistes en activités cliniques. De nombreux outils normalisés sont utilisés par les professionnels dans le cadre des processus d'évaluation et d'intervention.

Les questions d'éthique devront faire l'objet d'une attention particulière avec le comité d'éthique. Actuellement, ces questions sont discutées avec le chef ou en réunion d'équipe et s'entremêlent avec les défis cliniques. L'établissement est invité à diffuser de l'information à ce sujet et à faire connaître le rôle du comité d'éthique auprès des différentes équipes.

Finalement, le projet d'éclaireurs et de relayeurs qui a connu une effervescence substantielle au sein de l'établissement en peut être passé sous silence. Le dynamisme de la responsable du dossier, l'excellente collaboration avec le service des communications et le soutien de la gestion ont fait de ce dossier un franc succès. Bravo à toutes les personnes impliquées de près ou de loin dans ce projet porteur de sens.

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	
5.1.21 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. 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).	
5.1.35 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 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	

L'équipe d'intervention en situation de crise dans le milieu offre un service 24/7 par l'entremise d'un lien contractuel avec l'organisme « Centre de crise ». Cette organisation, soutenue par entente formelle avec le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, couvre le territoire de Dorval jusqu'à Sainte-Anne-de-Bellevue. Un autre organisme, « L'autre Maison », dessert les territoires de Lachine et de LaSalle. L'établissement est encouragé à formaliser une entente avec cet organisme, en vue d'enchâsser les rôles et les responsabilités de chacun dans ce lien de partenariat fort intéressant et pertinent.

L'équipe est aussi en relation avec le service policier de la communauté qui œuvre en étroite collaboration avec une équipe de travailleurs sociaux. L'intention de l'établissement est de compléter l'offre de services par la mise sur pied d'une équipe mobile de proximité.

Il convient de souligner les efforts consacrés par l'établissement pour soutenir cliniquement les intervenants de l'équipe des services sociaux généraux. Trois superviseurs en activités cliniques sont à l'œuvre pour outiller et guider les intervenants dans différentes problématiques, telles que les agressions sexuelles, la violence conjugale, l'itinérance et autres défis de société qui démontrent un haut niveau de complexité. De plus, des rencontres de collaboration sont sur le point d'être réalisées avec les travailleurs sociaux des hôpitaux du territoire pour joindre les forces de chacun en lien avec ces défis et, par le fait même, améliorer la trajectoire de la clientèle.

Par ailleurs, le dossier des mesures d'urgence, volet psychosocial, est en voie d'être mis en place de façon structurée et formalisée. Une trentaine d'intervenants de tous les programmes, deux usagers d'expérience et deux agentes administratives ont été recrutés, selon le modèle standardisé dans le contexte d'un événement en sécurité civile. Les formations ont débuté et l'intention de maintenir l'équipe bien vivante par la mise en œuvre d'activités régulières et bien tangible. L'équipe est félicitée pour ce déploiement essentiel à la sécurité de la population du territoire et encouragée à finaliser cette mesure incessamment.

Plusieurs incidents majeurs survenus sur le territoire ont démontré le haut niveau de compétence des intervenants appelés à collaborer lors de la survenue des événements. De même, le travail remarquable qui est effectué avec les partenaires de la communauté mérite d'être souligné.

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)	
<p>8.1.42 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>8.1.42.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>8.1.42.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	
<p>8.1.46 On fait un suivi en temps opportun des résultats anormaux d'épreuves diagnostiques.</p>	
<p>8.1.60 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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).</p>	
<p>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.</p>	
<p>8.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	

- 8.2.1.1 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).

- 8.2.1.2 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.
- 8.2.1.3 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.

8.3.6 Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.

8.3.7 Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

Le groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U), situé sur le territoire du Centre Ouest-de-l'Île, se trouve au Centre hospitalier de St. Mary, mais la structure et les lignes directrices de gestion sont celles du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ce mode de gestion s'est créé par la fusion des CISSS et des CIUSSS.

La composition du personnel clinique provient du CIUSSS de l'Ouest et du Centre-Ouest-de-l'Île. Un travail de collaboration est noté entre les différents professionnels pour l'offre des soins et des services ambulatoires aux usagers.

La mission du GMF-U est d'offrir des services de soins primaires de qualité pour assurer le suivi de la santé des usagers et le maintien de leur qualité de vie.

Le GMF-U est un centre de formation affilié à l'Université McGill permettant de préparer différents professionnels de la santé dans leur pratique et sous la supervision de l'expertise universitaire.

Le GMF-U reçoit par année 64 937 visites avec rendez-vous et 17 831 visites sans rendez-vous. Le taux d'assiduité est de 86,8 %. C'est un indicateur développé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), utilisé dans le programme des GMF dans le cadre des suppléments versés au volume des usagers inscrits. Ce taux est considéré comme un GMF performant, contribuant à répondre aux besoins de la population.

La démarche clinique réalisée par les professionnels auprès des usagers est sécuritaire. Le processus d'évaluation et les interventions sont consignés dans le logiciel Myle. Il est noté que le bilan comparatif des médicaments (BCM) est appliqué avec rigueur, le processus permet une collaboration interdisciplinaire.

Plusieurs projets de recherche sur les soins primaires sont en cours. Ces recherches permettent de développer des innovations dans l'enseignement ainsi que pour les soins aux usagers. L'établissement est invité à impliquer l'utilisateur partenaire dans les comités de recherche.

La contribution du GMF dans le désengorgement du service des urgences est constatée. Les usagers de priorité 4 et 5 sont dirigés au GMF. Le personnel sait ce qu'il faut faire pour contribuer à désengorger le service des urgences, mais on ne trouve pas de document dressant les lignes directrices à prendre pour le cheminement des usagers dans un continuum de services n'est pas disponible. L'établissement est donc encouragé à élaborer un document sur le processus du cheminement des usagers.

De plus, pour l'évaluation de l'hygiène des mains, l'établissement est encouragé à présenter les résultats par service. Le personnel pourrait mieux se retrouver et s'identifier pour une amélioration continue.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services de santé courants	
<p>9.1.28 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.</p> <p>9.1.28.1 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.</p> <p>9.1.28.2 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.</p> <p>9.1.28.3 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.</p> <p>9.1.28.4 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.</p> <p>9.1.28.5 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.</p>	
<p>9.1.29 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>9.1.29.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	

9.1.40	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
9.1.40.1	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.	
9.1.40.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
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:	
	<p>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;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>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).</p>	
9.1.43	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.	
9.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	POR
9.2.1.2	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.	
9.2.1.3	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.	
9.3.7	Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	

Commentaires des visiteurs**Chapitre 9 - Services de santé courants**

Les services de santé courants du CLSC de LaSalle et du CLSC du Lac-Saint-Louis sont structurés et répondent bien aux besoins des usagers. Dans le cadre du cheminement des usagers, les besoins de priorités 4 et 5 des usagers sont évalués au service des urgences et les usagers reçoivent des soins dans un court délai. L'équipe du personnel est composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'un assistant en soins infirmiers qui assure la coordination des soins. Une équipe interdisciplinaire est présente pour la complémentarité des services et des soins au besoin.

Les services de santé courants assurent un soutien auprès de l'utilisateur qui obtient son congé de la courte durée ou bien en provenance de l'urgence au besoin.

Le personnel est capable d'identifier une situation éthique et de prendre les actions nécessaires pour en discuter avec les personnes appropriées. Le cadre éthique est connu et les membres du comité éthique se sont fait connaître.

Pour les services de santé courants de LaSalle, lors d'une dispensation de soins, les mesures de sécurité en matière d'hygiène des mains ont été respectées. De plus, le processus de soins fut appliqué avec rigueur et sécuritaire pour l'utilisateur. L'utilisateur était à sa deuxième visite, il a manifesté sa satisfaction aux soins qu'il a reçus. Pour les soins courants du Lac-Saint-Louis, l'utilisatrice rencontrée était aussi très satisfaite des soins reçus.

Les infirmières soutiennent l'utilisateur et l'encouragent à prendre une part active à ses soins. Elles donnent l'enseignement nécessaire et accompagnent l'utilisateur dans la dispensation de son soin.

Le personnel est très à l'écoute des besoins de l'utilisateur et démontre toujours le souci de donner sans compter. Ce sont des équipes de professionnels passionnés de leur travail.

L'établissement est encouragé à poursuivre sa réflexion en ce qui concerne l'implantation du bilan comparatif des médicaments aux services de santé courants.

De plus, l'établissement est invité à implanter un outil de collecte de données pour que l'évaluation du risque du suicide soit faite et identifiée dès la première visite et qu'un suivi soit assuré pour les visites subséquentes. La collecte de données permettrait de déceler et de confirmer le risque de suicide chez les usagers. Le jugement clinique de l'infirmière serait appuyé par des données objectives.

L'établissement est invité à implanter le dossier numérique. Actuellement, le processus du dossier est demi-papier et demi numérique pour les services de santé courants de LaSalle et complètement papier pour celui du Lac-Saint-Louis; ce qui demande une gestion plus complexe, mais aussi une communication de données cliniques moins accessible.

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	
1.4 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.	!
3.1 Des politiques et des procédures régissent la prestation du service de télésanté.	
7.3 Un programme d'orientation officiel et complet sur le service de télésanté est offert aux nouveaux membres de l'équipe de soins, aux usagers et aux membres de la famille, si nécessaire.	!
Commentaires des visiteurs	
Processus prioritaire : Télésanté	

Débuté en 2017, le service de soutien à la télésanté a été bâti sur des bases solides et sécuritaires. La télésanté a été propulsée par la pandémie de COVID-19 en 2020. La mise en place à cette époque fut élaborée pour répondre à un besoin en situation de crise où les gens étaient encouragés à demeurer à la maison.

L'équipe travaille en collaboration avec plusieurs partenaires afin de développer un service sécuritaire, polyvalent et compatible avec les autres plateformes.

Plusieurs projets et programmes utilisent ce service. Par exemple, avec la mise en place du programme de télécomparution, les procédures légales ont été simplifiées et sécurisées. Bien que ce programme ait été instauré pour répondre à un besoin en situation de crise, il est là pour de bon.

Le service peut aussi recevoir et utiliser des programmes offerts par d'autres centres. La téléadaptation pulmonaire fait partie de cette catégorie. La télésanté a permis d'augmenter l'offre de service de ce programme et de répondre aux besoins de personnes à mobilité réduite.

La téléconsultation pour les troubles alimentaires est aussi un programme qui a fait rayonner le CIUSSS. Grâce à des mesures appliquées sur des critères précis, l'équipe a évalué que les usagers ayant utilisé ce service confirment que la télésanté apporte le même soutien et génère les mêmes bienfaits pour le traitement des troubles alimentaires que le traitement en présence.

Par ailleurs, certains enjeux sont présents. Un programme d'orientation pour soutenir les nouveaux membres de l'équipe est en cours d'élaboration. Il y a aussi la procédure générale de télésanté qui est en processus d'approbation. Ce nouveau service doit aussi poursuivre le développement de la gestion du risque afin de mesurer certains indicateurs pour assurer un suivi sur l'évolution. Finalement, un plan de communication est à prévoir, ce qui risque de rendre ce programme innovateur victime de son succès.

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.