



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport d'agrément

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

Pointe-Claire, QC

Dates de la visite d'agrément : 10 au 13 décembre 2018

Date de production du rapport : 31 janvier 2019

Au sujet du rapport

Le 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 de transition a eu lieu en décembre 2018. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport d'agrément.

Confidentialité

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

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

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

Un mot d'Agrément Canada

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

Le présent rapport d'agrément comprend les résultats finaux de votre récente visite de transition. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

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

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	15
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	18
Résultats détaillés de la visite	21
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	22
Processus prioritaire : Capital humain	23
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	24
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	27
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	28
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	30
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	30
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	33
Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service	34
Ensemble de normes : Santé mentale - Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service	37
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service	39
Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service	44
Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	47
Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service	50
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	55
Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation - Secteur ou service	60
Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service	65
Validation Jeunesse DI-TSA-TP	70

Sommaire

Le 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 ont mené une visite de transition afin d'évaluer la conformité de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Pendant la visite de transition, les visiteurs ont évalué les processus suivants du Leadership : Capital humain, Gestion intégrée de la qualité, Préparation en vue des situations d'urgence. Les autres processus relatifs au Leadership ont été exclus. Les visiteurs ont également évalué certains programmes cliniques pour lesquels ils se sont concentrés uniquement sur les pratiques organisationnelles requises et les critères à priorité élevée des normes applicables à ces programmes.

Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération pour les suivis qui pourraient être demandés

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 : 10 au 13 décembre 2018**
- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément.

1. Centre d'hébergement Lachine
2. Centre d'hébergement LaSalle
3. CLSC de Pierrefonds
4. CLSC LaSalle
5. Hôpital général du Lakeshore
6. Hôpital LaSalle
7. Institut universitaire en santé mentale Douglas
8. St. Mary's Hospital Center
9. Centre d'activité de jour Cartier, Pointe-Claire
10. Centre d'activité de jour Alternative, Kirkland
11. Centre de service DI-TED Garry Taylor, Beaconsfield
12. Succursale protection de la jeunesse, Ste Catherine Ouest
13. Foyer de groupe Maisonneuve, Maisonneuve Ouest
14. Succursale Centre-ville Tupper
15. Campus Dorval, Dorval

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme









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

Normes sur l'excellence des services

4. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
5. Santé mentale - Normes sur l'excellence des services
6. Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Normes sur l'excellence des services
7. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
8. Soins à domicile - Normes sur l'excellence des services
9. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
10. Soins critiques - Normes sur l'excellence des services
11. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
12. Unité d'hospitalisation - Normes sur l'excellence des services
13. Urgences - Normes sur l'excellence des services

Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des normes est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	2	0	40	42
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	9	0	79	88
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	366	49	73	488
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	21	8	94	123
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	57	4	314	375
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	6	0	68	74
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	215	41	475	731
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	1	0	35	36
Total	677	102	1178	1957

Analyse selon les normes

Les normes Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

Les normes relatives à l'ensemble de l'organisme portent sur la qualité et la sécurité à l'échelle de l'organisme dans des secteurs comme la gouvernance et le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Leadership	22 (78,6%)	6 (21,4%)	22	1 (100,0%)	0 (0,0%)	95	23 (79,3%)	6 (20,7%)	117
Prévention et contrôle des infections	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	1 (100,0%)	0 (0,0%)	30	41 (100,0%)	0 (0,0%)	30
Gestion des médicaments	70 (95,9%)	3 (4,1%)	5	1 (100,0%)	0 (0,0%)	63	71 (95,9%)	3 (4,1%)	68
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	78 (89,7%)	9 (10,3%)	1	2 (100,0%)	0 (0,0%)	38	80 (89,9%)	9 (10,1%)	39
Santé mentale	39 (90,7%)	4 (9,3%)	7			92	39 (90,7%)	4 (9,3%)	99
Santé mentale - Services communautaires et soutien offert aux usagers	37 (100,0%)	0 (0,0%)	7			94	37 (100,0%)	0 (0,0%)	101
Services périopératoires et interventions invasives	98 (98,0%)	2 (2,0%)	15			109	98 (98,0%)	2 (2,0%)	124

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Soins à domicile	35 (83,3%)	7 (16,7%)	7			76	35 (83,3%)	7 (16,7%)	83
Soins ambulatoires	31 (83,8%)	6 (16,2%)	9			78	31 (83,8%)	6 (16,2%)	87
Soins critiques	42 (79,2%)	11 (20,8%)	7			105	42 (79,2%)	11 (20,8%)	112
Soins de longue durée	41 (80,4%)	10 (19,6%)	4			99	41 (80,4%)	10 (19,6%)	103
Unité d'hospitalisation	49 (94,2%)	3 (5,8%)	8			85	49 (94,2%)	3 (5,8%)	93
Urgences	46 (79,3%)	12 (20,7%)	13			107	46 (79,3%)	12 (20,7%)	120
Total	628 (89,6%)	73 (10,4%)	105	5 (100,0%)	0 (0,0%)	1071	633 (89,7%)	73 (10,3%)	1176

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgation des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins critiques)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Urgences)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins critiques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Unité d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Santé mentale)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins critiques)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Urgences)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Santé mentale)	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins à domicile)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Soins critiques)	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins de longue durée)	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Urgences)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Non Conforme	3 sur 5	1 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	2 sur 2	1 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Prévention du suicide (Santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention du suicide (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Urgences)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	1 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	1 sur 3	1 sur 2
Soins efficaces des plaies (Soins à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Stratégie de prévention des chutes (Santé mentale)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Unité d'hospitalisation)	Non Conforme	0 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Urgences)	Non Conforme	3 sur 3	0 sur 2

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration et des défis de l'organisme.

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal dessert la population de l'Ouest-de-l'Île et de Dorval-Lachine-LaSalle (un territoire de 370 000 habitants), ainsi que la clientèle des installations suivantes : Institut universitaire en santé mentale Douglas, Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, Centre hospitalier de St. Mary, Centre de soins prolongés Grace Dart, Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, Hôpital Sainte-Anne.

Le CIUSSS opère 4 centres locaux de services communautaires (CLSC), 4 centres hospitaliers (899 lits), 8 centres d'hébergement et de soins de longue durée (1857 lits), 1 maison des naissances, 1 centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (DPJ), 1 centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM) et 1 centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (Centre jeunesse Batshaw). Deux de ses installations possèdent une désignation universitaire : Institut universitaire en santé mentale Douglas et le Centre hospitalier de St. Mary. L'établissement compte environ 10500 employés et 880 médecins. Il accueille plus de 2500 stagiaires universitaires par année. Le budget annuel global de l'établissement est d'environ 905 millions de dollars.

La visite d'agrément du 10 au 13 décembre 2018 se veut une « visite de transition ». Elle permet de faire le pont entre la dernière visite d'agrément de 2012, 2013 ou 2015 (selon l'installation) et l'entrée en vigueur du nouveau programme d'agrément adapté au Québec qui débutera dans la prochaine année. Dans le cadre de cette visite de transition, l'évaluation de la conformité aux normes s'est limitée à certains secteurs d'activités ciblés convenus entre Agrément Canada et l'Établissement. C'est donc une visite abrégée lors de laquelle la démarche d'évaluation s'est concentrée sur les pratiques organisationnelles requises (POR) et les critères à priorité élevée.

L'équipe de direction du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal présente un bon leadership organisationnel. Le personnel, les bénévoles et les médecins sont engagés et dédiés. L'organisation a relevé le défi de l'intégration en mode CIUSSS et le poursuit encore aujourd'hui, en faisant preuve d'une bonne capacité d'adaptation et de résilience. L'amélioration de la qualité est une priorité stratégique, l'approche est structurée et on y alloue les ressources nécessaires pour mener à bien les divers projets d'amélioration alignés avec les priorités stratégiques ministérielles et celles plus spécifiques à l'organisation. L'établissement a mis en place une approche intégrée de gestion des risques. On veille sur l'ensemble des risques organisationnels et on donne suite de manière systématisée aux accidents et aux incidents, via des mécanismes de déclaration, de divulgation, d'analyse et de suivi. Des analyses prospectives annuelles permettent de mieux documenter certains types événements et d'appliquer les mesures préventives les plus appropriées.

Le CIUSSS démontre une ouverture face à l'approche de soins centrés sur les personnes. Il a initié un projet de partenariat porteur avec les citoyens de la communauté. L'établissement est toutefois encouragé à sonder

plus largement et systématiquement les différentes clientèles dans une optique d'amélioration. Certaines instances et comités prévoient la participation d'usagers et de familles, tout particulièrement au plan clinique lors de l'élaboration des plans de soins et de services. Il serait souhaitable que les différents secteurs d'activités établissent un partenariat plus étroit avec les usagers et les familles, non seulement en ce qui concerne la planification des soins, mais également l'organisation des services. Il importe de renforcer ces liens en impliquant davantage la clientèle dans la prise de décision organisationnelle.

Sur le plan du capital humain, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre sont au cœur des préoccupations et l'établissement a mis de l'avant diverses stratégies pour y remédier. Des sondages auprès du personnel sur la qualité de vie au travail ont été réalisés à deux reprises depuis la création du CIUSSS. Cette démarche (projet HEC) prévoit l'administration d'un outil éprouvé selon une approche longitudinale étalée sur cinq ans. Elle vise à apprécier l'adhésion au changement, ainsi qu'à la vision et aux valeurs de l'organisation. Les résultats de ces évaluations sont utilisés pour cerner les secteurs où l'organisme se démarque ainsi que ceux qui nécessitent d'être soutenus. Un programme a été élaboré pour veiller à la prévention de la violence en milieu de travail et son déploiement est bien engagé. L'offre de formation permettant le développement des compétences est reliée aux principaux enjeux organisationnels et les thématiques en matière de sécurité des usagers et du personnel sont priorisées.

Le CIUSSS s'acquitte présentement de ses responsabilités en matière de mesures d'urgence en s'appuyant sur les pratiques en vigueur historiquement dans chacune de ses constituantes. Les codes de couleur ont toutefois été harmonisés. On encourage l'établissement à aller de l'avant avec l'élaboration du plan de sécurité civile et du plan de mesures d'urgence applicables à l'ensemble du CIUSSS et à s'assurer de leur mise en œuvre. La formation du personnel relative aux mesures d'urgence est intégrée aux journées d'orientation corporatives. Des activités de formation et des outils d'information visent également le personnel en fonction. Plusieurs exercices de simulation et d'évacuation pour le code rouge et le code vert ont été réalisés dans la dernière année, en priorisant les milieux d'hébergement et les centres hospitaliers. Il est souhaitable d'étendre ces pratiques et de développer des exercices de simulation pour les autres codes.

Différents secteurs d'activités cliniques ont été évalués dans le cadre de cette visite de transition. Ils présentent dans l'ensemble un bon niveau de conformité aux normes et aux critères de qualité et de sécurité. Les acquis sont nombreux et les pistes d'amélioration sont présentées de manière plus détaillée dans le rapport de visite. Les services cliniques visités se démarquent entre autres par l'approche collaborative interdisciplinaire, ainsi que le souci d'harmoniser les pratiques et de parfaire les cheminements des patients. L'établissement est invité à rehausser sa conformité aux pratiques organisationnelles requises, notamment en ce qui concerne le bilan comparatif des médicaments, la formation sur les pompes à perfusion, les médicaments de niveau d'alerte élevé, la prévention des chutes, la prévention des plaies de pression, la prévention du suicide, la gérance des antimicrobiens, la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse, ainsi que le transfert de l'information aux points de transition.

En somme, l'équipe visiteuse d'Agrément Canada a constaté que l'organisation s'inscrit dans un désir d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. La volonté et les ressources sont présentes pour aller au-delà de pratiques actuelles et viser une meilleure conformité aux bonnes pratiques en matière de sécurité des usagers.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
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"> · Unité d'hospitalisation 10.16 · Urgences 12.16 · Soins critiques 9.23
<p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 15.7

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Urgences 10.5 · Services périopératoires et interventions invasives 11.6 · Soins ambulatoires 8.5 · Soins de longue durée 8.5 · Soins à domicile 8.6 · Soins critiques 8.6 · Unité d'hospitalisation 9.7
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Formation sur les pompes à perfusion Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Soins de longue durée 3.8 · Santé mentale 3.8 · Unité d'hospitalisation 3.8 · Soins critiques 3.8 · Urgences 4.9 · Services périopératoires et interventions invasives 6.9
<p>Programme de gérance des antimicrobiens Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments 2.3
<p>Médicaments de niveau d'alerte élevé Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gestion des médicaments 2.5
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Plan de sécurité des usagers Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Leadership 15.1

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Urgences 10.6 · Santé mentale 8.7 · Soins critiques 8.7 · Unité d'hospitalisation 9.8
<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. NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services périopératoires et interventions invasives 11.12 · Unité d'hospitalisation 9.9
<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"> · Soins de longue durée 8.8
<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'unenuit d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services périopératoires et interventions invasives 11.13 · Unité d'hospitalisation 9.10

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
2.9 Des politiques de santé et de sécurité au travail qui sont conformes aux lois et règlements pertinents sont élaborées et mises en oeuvre.	!
10.11 Les politiques et les procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'établissement a mis en place diverses stratégies pour aider le personnel à prendre en charge leur propre santé et favoriser leur bien-être au travail (ex: programme d'aide aux employés, programme de cessation tabagique, formation sur la gestion du stress, programme de reconnaissance).

Des politiques de santé et de sécurité au travail sont en cours d'élaboration et visent notamment l'harmonisation des pratiques pour l'ensemble du CIUSSS. On encourage l'organisme à compléter l'élaboration de ces documents d'orientation et à veiller sur leur mise en oeuvre. En matière de gestion de la santé et de la sécurité au travail, des efforts sont consentis pour passer d'un mode réactif à une approche proactive.

Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre. Une politique a été élaborée et une procédure permet de signaler les incidents en toute confidentialité, d'initier des enquêtes et d'y donner suite.



Des sondages auprès du personnel sur la qualité de vie au travail ont été réalisés à deux reprises depuis la création du CIUSSS. Cette démarche (projet HEC) prévoit l'administration d'un outil éprouvé selon une approche longitudinale étalée sur 5 ans. Elle vise à apprécier l'adhésion au changement, ainsi qu'à la vision et aux valeurs de l'organisation. Les résultats de ces évaluations sont utilisés pour cerner les secteurs où l'organisme se démarque ainsi que ceux qui nécessitent d'être soutenus.

Le plan de formation et de développement des ressources humaines est bien structuré. L'offre de formation est élaborée et de nombreuses formations en lien avec des préoccupations de sécurité sont priorisées (ex: hygiène des mains, RCR, PDSB, OMÉGA, mesures d'urgence).

Les politiques et les procédures concernant l'appréciation de la contribution du personnel ont été adoptées très récemment. Elles visent l'adhésion à des valeurs communes et l'harmonisation des pratiques dans l'ensemble de l'organisme. On encourage l'établissement à veiller sur la mise en oeuvre de ces pratiques d'évaluation.

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
<p>15.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p> <p>15.1.2 Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés.</p>	<p></p> <p>SECONDAIRE</p>
<p>15.7 Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>15.7.1 Une politique et une procédure sur le bilan comparatif des médicaments sont en place pour recueillir et utiliser des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur à tous les points de transition des soins.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p>

15.7.2	Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.	PRINCIPAL
15.7.3	Un plan est en place pour mettre en oeuvre le bilan comparatif et en assurer le maintien. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.	PRINCIPAL
15.7.4	Le plan organisationnel est dirigé et maintenu par une équipe de coordination interdisciplinaire.	SECONDAIRE
15.7.5	Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent la formation pertinente.	PRINCIPAL
15.7.6	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	SECONDAIRE

16.1 Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en oeuvre.



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

L'amélioration de la qualité est reconnue par l'établissement comme une priorité stratégique, une structure est mise en place et des ressources sont allouées pour appuyer ces activités et soutenir les équipes terrain. Les priorités stratégiques du MSSS et du CIUSSS font l'objet de projets organisationnels d'amélioration de la qualité auxquels collaborent les différentes équipes de gestion. Un bureau de projets organisationnel structure et soutien ces différentes initiatives, contribuant ainsi à la rigueur de ces démarches et au renforcement d'une culture de la mesure. Un tableau de bord permet de surveiller les processus et de mesurer les résultats à l'échelle de l'organisme, dans le but d'évaluer la performance d'un point de vue stratégique.

L'établissement a mis en oeuvre une méthode intégrée de gestion des risques. L'analyse des risques organisationnels et le plan de sécurité des usagers témoignent d'actions concrètes mises de l'avant par l'équipe de gestion dans une volonté d'atténuation des risques. Notons que le plan de sécurité des usagers a été adopté par le comité de direction le 27 novembre 2018. On encourage l'organisme à mettre en place les mesures requises pour mitiger les risques conformément aux échéanciers établis.

Des mécanismes de gestion des accidents et incidents découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux sont mis en place. Ils concernent tout autant la déclaration, la divulgation, l'analyse et le suivi des événements. Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers par le biais du comité de vigilance et de la qualité. Il importe toutefois que l'établissement renforce les mécanismes de rétroaction aux équipes terrain et mette en place des mesures permettant d'accélérer l'analyse des événements. Des analyses prospectives sont réalisées en lien avec des projets d'amélioration (ex: analyse des risques reliés au transfert des usagers du Centre de soins prolongés Grace

Dart au CHSLD Sainte-Anne).

Des processus clairs et documentés sur la façon de soumettre une plainte sont présentés aux usagers et aux familles en utilisant différents outils et stratégies de communication. La gestion des plaintes est structurée. Une collaboration est établie entre le commissariat aux plaintes et l'équipe de gestion pour donner suite aux plaintes exprimées.

Il n'y a pas de preuves à l'effet qu'une politique sur le bilan comparatif des médicaments (BCM) soit mise en place et que les rôles et responsabilités soient bien définis. Il n'y a pas de preuve également relativement à l'existence d'un plan organisationnel de mise en oeuvre du BCM couvrant l'ensemble des services et des programmes concernés.

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Leadership	
14.1 Des plans de prévention et de réduction des situations d'urgence et des sinistres potentiels sont élaborés et mis en oeuvre.	!
14.2 Un plan d'intervention relatif à tous les sinistres ou toutes les situations d'urgences est élaboré et mis en oeuvre.	!
14.3 Le plan d'intervention relatif à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence est harmonisé à ceux des organismes partenaires et des gouvernements local, régional et provincial.	!

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

Les codes de couleur pour les différentes situations d'urgence ont été harmonisés pour les huit organisations constituantes du CIUSSS. On encourage l'établissement à aller de l'avant avec l'élaboration du plan de sécurité civile et le plan de mesures d'urgence applicable à l'ensemble du CIUSSS et à s'assurer de leur mise en oeuvre. Il importe également de s'assurer de leur harmonisation avec les partenaires communautaires et régionaux.

La formation du personnel relative aux mesures d'urgence est intégrée aux journées d'orientation corporatives. Des activités de formation et des outils d'information visent également le personnel en fonction.

Plusieurs exercices de simulation et d'évacuation pour le code rouge et le code vert ont été réalisés dans la dernière année, en priorisant les milieux d'hébergement et les centres hospitaliers. Il est souhaitable d'étendre ces pratiques et de développer des exercices de simulation pour les autres codes.

Un plan de continuité des opérations pour les systèmes d'appoint est bien défini (ex: électricité, eau, gaz). Un système de garde assure une réponse rapide et efficace en tout temps.

Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	
2.4 Une personne est nommée responsable de la supervision de la qualité et de la coordination de tous les services de retraitement de l'organisme, ce qui inclut le retraitement effectué à l'extérieur de l'URDM.	!
3.2 L'URDM est conçue de manière à empêcher la contamination croisée des dispositifs médicaux, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les aires de travail.	!
3.4 L'URDM compte une aire de décontamination qui est physiquement séparée des autres aires de retraitement et du reste de l'organisme.	!
3.6 L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
8.9 Des évaluations du milieu de travail doivent avoir lieu régulièrement dans l'URDM afin de vérifier l'ergonomie de même que la santé et sécurité au travail.	!
11.2 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples sont séparées des unités de soins.	!
12.1 L'URDM dispose d'une aire adéquate pour entreposer l'équipement, les dispositifs médicaux stérilisés.	!
14.1 Un système permet de faire un rappel des dispositifs médicaux qui se rattachent à un cycle de stérilisation.	!
15.4 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des parties prenantes.	!

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

Les gestionnaires et le personnel responsables des appareils médicaux et de l'utilisation des équipements forts passionnés dans leurs fonctions, ont une volonté d'améliorer de façon continue leur offre de service malgré certains ralentissements dans divers projets. On remarque de belles collaborations dans les installations respectives.

Les équipes ont un souci du travail bien fait bien qu'un manque de certains supports matériels et technologiques existe.

Certains défis ont été constatés à divers niveaux dont concernant la traçabilité des appareils et équipements de même que des infrastructures des installations visitées.

Un support au niveau des technologies d'information pour pallier à certains défis rencontrés, pourrait permettre d'améliorer leur travail quotidien.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Leadership clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

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

Aide à la décision

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

Impact sur les résultats

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

Dons d'organes et de tissus

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

Gestion des médicaments




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

Prévention des infections

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

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	

<p>2.3 Un programme de gérance des antimicrobiens permet d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes.</p>	
<p>2.3.1 Un programme de gérance des antimicrobiens a été mis en oeuvre.</p>	PRINCIPAL
<p>2.3.2 Le programme indique qui est responsable de la mise en oeuvre du programme.</p>	PRINCIPAL
<p>2.3.3 Le programme est interdisciplinaire et comprend la participation des pharmaciens, des infectiologues, des spécialistes en prévention des infections, des médecins, du personnel de la microbiologie, du personnel infirmier, des administrateurs de l'hôpital et des spécialistes des systèmes d'information, selon la disponibilité et la pertinence.</p>	PRINCIPAL
<p>2.3.4 Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens, telles que la vérification et la rétroaction, un formulaire d'antimicrobiens ciblés et des indications approuvées, de la formation, des formulaires d'ordonnance d'antimicrobiens, des lignes directrices et des cheminement cliniques pour l'utilisation d'antimicrobiens, des stratégies de simplification ou d'allègement du traitement, l'optimisation de la posologie et la conversion parentérale à orale des antimicrobiens (le cas échéant).</p>	PRINCIPAL
<p>2.3.5 Le programme fait l'objet d'une évaluation continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.</p>	SECONDAIRE
<p>2.5 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	
<p>2.5.1 Il existe une politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	PRINCIPAL
<p>2.5.2 La politique précise le rôle ou le poste des personnes responsables de mettre en oeuvre la politique et d'en superviser l'application.</p>	SECONDAIRE
<p>2.5.3 La politique comprend une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé identifiés par l'organisme.</p>	PRINCIPAL
<p>2.5.7 La politique est régulièrement mise à jour.</p>	SECONDAIRE
<p>11.1 Des limites incontournables et des limites contournables sont établies pour les médicaments de niveau d'alerte élevé dans les pompes intelligentes.</p>	

11.2	Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes est élaborée et mise en oeuvre.	!
15.1	Le pharmacien examine toutes les prescriptions et les ordonnances de médicaments émises dans l'organisme avant l'administration de la première dose.	!

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Rencontre de gestionnaires et d'équipes ouvertes à s'améliorer et à partager les bons coups.

Même si le travail d'harmonisation a débuté depuis plusieurs années et que certains documents en format CIUSSS ne sont pas encore adoptés, les équipes n'ont jamais cessé de poursuivre les initiatives locales et à partager les bons coups.

On remarque des efforts constants afin de répondre aux besoins croissants des services, dont certains nouveaux secteurs avec l'arrivée du CIUSSS.

Il existe un défi important au niveau du système d'information de pharmacie performant et harmonisé, comme retrouvé dans d'autres établissements de santé au Québec.

Un autre défi majeur consiste à mettre en place un plan stratégique et à implanter dans tout le CIUSSS le bilan comparatif du médicament.

Le programme de gérance d'antimicrobiens constitue également un dossier où la collaboration et la participation interdisciplinaire sont les clés du succès.

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)
Processus prioritaire : Prévention des infections

Les membres de l'équipe de direction sont dédiés à cette cause et les équipes de terrain expérimentées, même si tout n'est pas encore harmonisé.



Levons un coup de chapeau pour le Projet 20 de l'hygiène des mains dont les résultats présentés sont impressionnants.

Néanmoins, il y a un défi au niveau d'harmonisation de divers processus dont la gestion des ressources, les politiques et procédures et leur déploiement.

Dans un premier temps, il est suggéré de mettre à jour les documents actuels datant de 3 ans ou plus, afin de donner une meilleure visibilité à vos efforts quotidiens.

Un autre défi consiste à systématiser les pratiques sur l'hygiène des mains et à maintenir la recette gagnante dans les secteurs où les indicateurs de performance démontrent une belle rigueur dans la pratique.

Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>3.8.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>3.8.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. <p>3.8.6 Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
Processus prioritaire : Épisode de soins	
<p>8.7 Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p> <p>8.7.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.</p> <p>8.7.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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



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



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

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Leadership clinique**

Ce processus n'est pas évalué lors de cette visite.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de santé mentale à l'Institut Douglas est formée de professionnels engagés, centrés sur le patient, sa famille et son milieu. Le travail se fait en interdisciplinarité et souvent même en transdisciplinarité de manière à répondre aux besoins spécifiques du client et à assurer un continuum de soins efficaces.

L'équipe a reçu un prix d'excellence en 2018 pour le projet RAI (évaluation informatisée complétée avec l'implication du patient). Le RAI sera implanté et utilisé par tous les centres de santé mentale du Québec.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'offre de services en santé mentale est diversifiée et s'adapte aux besoins de la population desservie. Les liens avec les partenaires sont bien établis et fluides. Les différents services offrent des niveaux de prise en charge et d'encadrement très variés pour répondre aux besoins des clients.

Les procédures de soins et de services sont implantés en protocoles et les formulaires sont uniformisés et standardisés. On retrouve beaucoup de formulaires de style aide-mémoire (check-list) assurant une uniformité.

Les procédures de transfert (transport, documentation, transfert des informations, etc.) sont bien

implantées et documentées. La sécurité est omniprésente, pour les clients et pour les travailleurs. Des systèmes de sécurité sont en place et les mesures sont respectées.

Les équipes rencontrées démontrent beaucoup d'ouverture à adapter leurs services en fonction des besoins spécifiques des clients. On observe des équipes ouvertes aux changements, impliquées dans des projets porteurs de qualité et de sécurité (RAI par exemple).

Dans l'unité la plus contraignante, les patients mentionnent souhaiter davantage d'activités malgré toutes celles proposées. L'équipe est encouragée à réfléchir avec la clientèle sur ce point.

Tous les clients rencontrés se disaient bien informés, rassurés par les soins reçus et impliqués dans leur suivi.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers sont complétés selon un ordre établi. On retrouve facilement les informations requises. La plupart des documents sont standardisés et adaptés à la clientèle.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisation démontre un souci de qualité et de sécurité dans sa prestation des soins et de services. L'Organisation est encouragée à inclure davantage les clients et leur famille dans les décisions relatives à l'organisation des soins au-delà de leur propre plan d'intervention auquel ils participent activement.

Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Leadership clinique	
Ce processus n'est pas évalué lors de cette visite.	
Processus prioritaire : Compétences	
Toutes les équipes rencontrées mettent le client et sa famille au cœur des choix de soins et de services. Ils travaillent en transdisciplinarité et en collaboration. Les soins et les services sont adaptés aux besoins particuliers des clients.	
Les équipes démontrent une grande ouverture à travailler avec les partenaires de la communauté de manière à assurer une continuité au client et à sa famille.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
Les services de santé mentale communautaires et de soutien aux usagers sont offerts dans plusieurs cliniques externes (ex : psychose, troubles alimentaires, déficience, etc.). La clinique de traitement des troubles alimentaires joint la clinique et la recherche dans ce domaine. L'équipe est diversifiée, polyvalente et travaille en constante collaboration. Les services y sont très	

diversifiés et varient en fonction de l'intensité requise pour répondre aux besoins de la clientèle (clinique externe, support à la famille, centre de jour, hôpital de jour, hébergement, etc.)

La clientèle est suivie aussi longtemps que requis et les services sont constamment en évaluation de manière à toujours assurer le suivi optimal de chacun. Ainsi s'est développée une très grande fluidité entre les diverses étapes du suivi des clients. De même, le programme est partie intégrante de recherches visant à valider l'efficacité et l'efficience des projets. Les clients et les familles sont partie prenante et collaborateurs informés des recherches.

Cette équipe travaille aussi avec des professionnels d'autres régions et d'autres établissements pour traiter un client à distance afin de lui assurer un suivi de pointe et former des intervenants dans ce domaine.

Un autre volet des services communautaires en santé mentale sont les suivis dans la communauté. Les clients consultent dans les cliniques externes et plusieurs services sont en place. De plus, pour certains clients, l'équipe offre du support à domicile et dans la communauté de manière à permettre à une clientèle plus vulnérable de continuer à vivre dans la communauté. Il existe des liens importants avec les groupes communautaires et les autres partenaires (établissements, CLSC, municipalités, etc.). L'intensité du suivi varie en fonction des besoins spécifiques de la personne.


Processus prioritaire : Aide à la décision

Les équipes s'assurent de la confidentialité des données recueillies auprès des clients. Les équipes suivent des processus de classement et de conservation adéquats.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats



Les équipes utilisent plusieurs indicateurs pour valider leurs soins et leurs services. Le suivi des indicateurs permet des améliorations et les équipes diffusent et partagent ces données. L'organisation est encouragée à systématiser l'approche Client-Partenaire dans tous ses secteurs d'activités.



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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>6.9 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>6.9.2 Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services; • qui reviennent d'un congé prolongé; • quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées; • quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis. <p>Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.</p> <p>6.9.3 Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'utilisateur sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.</p> <p>6.9.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

6.9.5	L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit. <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. 	SECONDAIRE
6.9.6	Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.	SECONDAIRE

Processus prioritaire : Épisode de soins

10.15	Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	
11.6	SOINS EN MILIEU HOSPITALIER SEULEMENT : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
11.6.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	PRINCIPAL
11.6.2	Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	PRINCIPAL
11.6.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
11.6.4	Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	PRINCIPAL
11.6.5	L'utilisateur, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	PRINCIPAL

<p>11.12 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>NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> <p>11.12.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	<p></p> <p>SECONDAIRE</p>
<p>11.13 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>11.13.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.</p> <p>11.13.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.</p> <p>11.13.3 Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>SECONDAIRE</p>

Processus prioritaire : Aide à la décision

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



Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Ce processus n'est pas évalué lors de cette visite.

Processus prioritaire : Compétences

CH St mary

L'équipe est encouragée, en collaboration avec la direction, à se doter d'un programme formel de certification et recertification du personnel sur l'utilisation des pompes à perfusion.

L'équipe est encouragée à faire une plus large part aux usagers dans l'organisation de ses services.

L'équipe est félicitée pour la transparence dont elle a fait preuve durant cette visite.

Processus prioritaire : Épisode de soins

CH St Mary

L'équipe est encouragée à se doter des outils appropriés pour faire connaître aux usagers leurs droits et responsabilités: pamphlets, affiches ou autres moyens. Ils deviendront de meilleurs collaborateurs pour leurs soins.

L'équipe est invitée à revoir les POR sur le BCM, la prévention des plaies de pression et la prévention de la TEV. Elles devraient faire l'objet de programmes pour l'ensemble du CIUSSS, l'identification des usagers à risque devrait être systématique et des mécanismes de vérification de l'efficacité du programme devraient être incorporés.

Une partie du travail documentaire est déjà faite et certains membres du personnel possèdent une expertise appropriée et surtout un enthousiasme communicatif.

Le transfert d'information vers le bloc opératoire ou venant du bloc est efficace.

La prévention des infections entourant les activités au bloc opératoire est exemplaire

Processus prioritaire : Aide à la décision

CH St Mary

Il faut d'abord signaler la qualité des personnes rencontrées. Leur enthousiasme, leur goût de l'excellence,

leur engagement envers la sécurité des usagers et la qualité des services transparaissent dans leurs discours et leurs actions: félicitations à toutes et tous.

L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour informatiser complètement ses dossiers: ceci faciliterait son travail quotidien et l'évaluation de la qualité des entrées pour toutes les catégories d'utilisateurs.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

CH St Mary


Une liste des activités à risque a été développée pour l'ensemble du CIUSSS et c'est à signaler. Elle est cependant très récente et il serait souhaitable qu'elle soit adaptée pour chaque service et que les équipes se l'approprient.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

CH St Mary

La gestion des médicaments au bloc opératoire et sur les unités de chirurgie est sans reproche: félicitations aux équipes.

Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.12 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.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.6 L'établissement d'un bilan comparatif des médicaments est entrepris en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'usager si les soins comportent la gestion des médicaments (ou que le clinicien juge cette gestion appropriée), et ce, afin de communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments.	
8.6.1 Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée.	PRINCIPAL
8.6.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, les prestataires de soins de santé, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné au dossier.	PRINCIPAL
8.6.3 Les écarts entre les médicaments sont réglés en partenariat avec l'usager et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.	PRINCIPAL
8.6.4 Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'usager ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés.	SECONDAIRE
8.6.5 L'usager et la famille sont informés de la façon de communiquer la liste complète des médicaments aux prestataires de soins de santé qui font partie du cercle de soins de l'usager.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

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

14.1	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.	!
------	---	---

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Leadership clinique**

L'environnement de travail des services de soutien à domicile favorise les contacts entre intervenants et contribue aux rapports interdisciplinaires. Une attention particulière est portée aux risques reliés aux interventions dans les domiciles.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de gestion tient compte de l'évolution des profils de la clientèle dans le choix des activités de formation et de perfectionnement. Les formations offertes concernent également l'utilisation sécuritaire des équipements, la santé et la sécurité au travail, de même que la prévention de la violence en milieu de travail. Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion (formation, évaluation de compétences, signalement des problèmes).

Il n'y a pas de preuve à l'effet que l'évaluation du rendement soit réalisée de manière régulière. Des initiatives sont cependant mises en place pour réactiver cette saine pratique de gestion, en tenant compte du programme organisationnel récemment adopté.

L'approche collaborative interdisciplinaire est présente aux services de soutien à domicile. On encourage les services de soutien à domicile à associer plus étroitement les auxiliaires en santé et en services sociaux aux équipes multidisciplinaires.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les personnes rencontrées aux services de soutien à domicile n'ont pas su démontrer qu'un réel bilan comparatif des médicaments était réalisé en partenariat avec les usagers et les familles. Il importe de mettre de l'avant des pratiques permettant de déterminer les usagers concernés, d'établir le meilleur schéma thérapeutique possible et de corriger les écarts.

Aux services de soutien à domicile, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes, de même qu'une approche de soins de la peau et des plaies sont mises en oeuvre. Soulignons également que l'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition. La pratique voulant qu'au moins deux identificateurs uniques à la personne soient utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention qui lui est destinée, est bien intégrée.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La présente évaluation concernait les services de soutien à domicile des CLSC de Lasalle et CLSC de Pierrefonds.




Les dossiers des usagers consultés semblent bien tenus et organisés. Toutefois, il n'y a pas de preuve à l'effet que des mécanismes permettent de surveiller et d'évaluer formellement la tenue de dossiers. On encourage les services de soutien à domicile à réaliser des audits relativement à la tenue de dossiers dans une optique d'amélioration.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les services de soutien à domicile sont soucieux d'introduire les nouvelles pratiques cliniques dans le milieu. Entre autres, l'infirmier conseil en pratiques avancées offre un soutien significatif dans le développement de la pratique professionnelle.

La déclaration et la divulgation des incidents et des accidents se produisant dans le cadre des soins et services à domicile sont faites en bonne et due forme. Des projets d'amélioration de la qualité sont réalisés et sont associés à des indicateurs de résultats (ex: clarification des rôles professionnels, approche professionnelle de prise de décision partagée).

Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.9 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	
7.10 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	
<p>8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p> <p>8.5.1 Les types d'utilisateurs des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi sont précisés et consignés.</p> <p>8.5.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, la fréquence à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments est précisée et consignée.</p> <p>8.5.3 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>8.5.4 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

8.5.5	Les écarts entre les sources d'information sur les médicaments sont réglés en partenariat avec l'utilisateur et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.	PRINCIPAL
8.5.6	Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et conservée dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.5.7	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 complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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



Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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



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



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



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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Les pratiques de stérilisation rapide ont cessé aux services de soins courants suite aux recommandations du dernier agrément.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de gestion tient compte de l'évolution des profils de la clientèle dans le choix des activités de formation et de perfectionnement. Les formations offertes concernent également l'utilisation sécuritaire des équipements, la santé et la sécurité au travail, de même que la prévention de la violence en milieu de travail (exemples de thématiques durant la dernière année: pacification non violente, réanimation cardiorespiratoire, plan thérapeutique infirmier, soins de plaies, soins palliatifs).

Une approche documentée et coordonnée est mise en œuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion (formation, évaluation de compétences, signalement des problèmes).

Les gestionnaires et les professionnels rencontrés témoignent d'un bon esprit d'équipe et d'entraide aux services de soins courants. L'approche collaborative interdisciplinaire est bien présente.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services aux soins courants du CLSC de Pierrefonds. Cette pratique devrait également être instaurée au CLSC de Lasalle.

Les personnes rencontrées aux services des soins courants n'ont pas su démontrer qu'un réel bilan comparatif des médicaments était réalisé en partenariat avec les usagers et les familles. Il importe de mettre de l'avant des pratiques permettant de déterminer les usagers concernés, d'établir le meilleur schéma thérapeutique possible et de corriger les écarts.

Aux services de soins courants, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre. Soulignons également que l'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition. La pratique voulant qu'au moins deux identifiants uniques à la personne soient utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention qui lui est destinée, est bien intégrée.

Processus prioritaire : Aide à la décision

La présente évaluation concernait les services de soins courants du CLSC de Lasalle et CLSC de Pierrefonds.


Les dossiers des usagers consultés semblent bien tenus et organisés. Toutefois, il n'y a pas de preuve à l'effet que des mécanismes permettent de surveiller et d'évaluer formellement la tenue de dossiers. On encourage les services de soins courants à réaliser des audits relativement à la tenue de dossiers dans une optique d'amélioration.





Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les services de soins courants sont soucieux d'introduire les nouvelles pratiques cliniques dans le milieu. Entre autres, l'infirmière conseil en pratiques avancées offre un soutien significatif dans le développement de la pratique professionnelle.

La déclaration et la divulgation des incidents et des accidents se produisant dans le cadre services de soins courants sont faites en bonne et due forme. Des projets d'amélioration de la qualité sont réalisés et sont associés à des indicateurs de résultats (exemples de thématiques: meilleure collecte de données, pratique avancée en soins de plaies).

Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<p>3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>3.8.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>3.8.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. <p>3.8.6 Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.</p>	 PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.15 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!

<p>8.6 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>8.6.1 À l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>8.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.</p> <p>8.6.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>8.6.5 L'usager, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>
<p>8.7 Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p> <p>8.7.4 L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.</p> <p>8.7.5 Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.</p>	<p></p> <p>SECONDAIRE</p> <p>SECONDAIRE</p>
<p>9.11 Le besoin de recourir à la contention est régulièrement évalué et, le cas échéant, le moyen de contention le moins invasif possible est sélectionné.</p>	<p></p>
<p>9.23 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>9.23.1 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.</p> <p>9.23.2 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></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>

- 9.23.5 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).

SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

!

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

!

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

!

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

!

- 16.1 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.

!

- 16.2 Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.

!

- 16.3 Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.

!

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

!

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Leadership clinique**

L'équipe n'a qu'un type de clientèle et son approche est personnalisée pour cette clientèle.

Processus prioritaire : Compétences

HGL

L'équipe est félicitée pour ses efforts et son offre de programme de formation en cours d'emploi. Le personnel l'apprécie et participe en grand nombre.

L'équipe et la direction sont invitées à se doter d'un programme formel sur l'utilisation des pompes à perfusion avec une recertification périodique et un mécanisme pour évaluer l'efficacité du programme.

Il faut ici signaler la qualité du personnel qui fait preuve de beaucoup de dévouement dans des conditions de pénuries fréquentes de main d'oeuvre. Ils sont ouverts aux changements, résilients, enthousiastes et très professionnels.

Processus prioritaire : Épisode de soins

HGL

L'équipe est invitée à se donner les outils pour informer les usagers sur leurs droits et leurs responsabilités.

Pour le BCM, la prévention des chutes et des plaies de pression l'équipe est encouragée à se doter de programme formel, documenté et d'y inclure des mécanismes d'évaluation et de mise à jour de ces programmes.

Pour les contentions, l'équipe est invitée à obtenir systématiquement le consentement pour l'application de contentions. L'équipe est aussi invitée à compléter son algorithme décisionnel pour l'aider dans son travail.

L'équipe est encouragée à participer au programme d'étude national sur les pneumonies acquises sous ventilation assistée.

L'équipe est félicitée pour ses rénovations et l'agrandissement en cours.

Processus prioritaire : Aide à la décision

HGL

L'équipe est encouragée à procéder à la révision d'un certain pourcentage de dossiers pour s'assurer de la bonne tenue de l'entrée des données.

La direction est encouragée à poursuivre ses efforts en vue de l'informatisation complète du dossier médicale.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

HGL

L'équipe est encouragée à inclure des usagers ou des membres de leur famille dans la planification de ses services.





L'équipe est félicitée pour ses revues de morbidité et mortalité.










Elle est également félicitée pour la façon dont elle analyse en groupe les rapports d'incidents, accidents et évènements.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'équipe est invitée à se donner un mécanisme de rappel pour identifier le plus tôt possible les candidats à un don d'organe et de tissus.

Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>3.8.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>3.8.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. <p>3.8.6 Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
3.15 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	
3.17 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.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.15 La stratégie de l'organisme en matière de prévention des mauvais traitements est comprise et suivie par l'équipe.	

<p>8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec l'usager ou le résident, la famille ou le soignant pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>8.5.3 Les ordonnances établies à l'admission à l'aide du bilan comparatif des médicaments sont utilisées pour produire une liste de médicaments à jour qui est versée dans le dossier de l'usager ou du résident.</p>	<p></p> <p>PRINCIPAL</p>
<p>8.8 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>8.8.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.</p> <p>8.8.2 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></p> <p>PRINCIPAL</p> <p>PRINCIPAL</p>
<p>Processus prioritaire : Aide à la décision</p>	
<p>13.3 Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur le résident, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.</p>	<p></p>
<p>13.6 Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des résidents de manière sécurisée sont suivies.</p>	<p></p>
<p>13.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des résidents et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.</p>	<p></p>
<p>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</p>	
<p>15.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des résidents et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.</p>	<p></p>
<p>15.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des résidents et des familles.</p>	<p></p>
<p>15.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des résidents et des familles.</p>	<p></p>
<p>16.1 Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des résidents et de l'équipe, et ce, avec l'apport des résidents et des familles.</p>	<p></p>
<p>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</p>	

Processus prioritaire : Leadership clinique

Ce processus n'est pas évalué lors de cette visite.

Processus prioritaire : Compétences

Plusieurs formations sont en cours de réalisation ou ont été offertes aux équipes sur divers sujets dont sur l'examen physique, les plaies de pressions, le glucomètre, RCR, Pacification des états de crise aiguë, OMEGA, etc.

Le programme de soins de fin de vie en est à sa troisième phase. Des formations sur le programme relié à la phase 1-2 ont été données. Concernant la troisième phase, des coach formés récemment, l'offriront à leurs collègues à partir de janvier 2019.

Une nouvelle politique sur la maltraitance vient d'être adoptée. Les équipes ont reçus au fil des ans, des formations pour prévenir le mauvais traitement des résidents et pour gérer les comportements réactifs (ex : formation AGIR). Régulièrement lors de rencontres d'équipes les chefs d'unité et les assistantes infirmières-chefs, discutent avec leur personnel de sujets relié à la maltraitance ainsi qu'à la bientraitance. Les familles et résidents rencontrés témoignent d'un milieu calme, sans violence où les employés en général sont soucieux de les aider et de créer un milieu agréable.

Outre les formations obligatoires recommandées par les différents ordres professionnels, le ministère, le CIUSSS ou autres organismes officiels, les comités des résidents s'expriment parfois sur des types de formations souhaitées davantage reliées à l'amélioration de l'approche des intervenants auprès des aînés.

La contribution des résidents/familles sur divers éléments entourant les milieux de vie, se fait davantage à partir du comité des résidents dans lequel siège des résidents et des membres de famille. Certains sondages et focus groupes ont aussi aidés les équipes à revoir certaines pratiques (les éléments entourant les bains offerts aux résidents ainsi que les activités reliées au service alimentaire). Cette voie de consultation des résidents/familles est à privilégier et à encourager davantage dans les prochaines années.

Un des grands défis de ces équipes demeure de stabiliser le personnel. Au Centre d'hébergement LaSalle, un comité a été créé en collaboration avec la liste de rappel afin de travailler des stratégies pour diminuer le plus possible le recours au personnel des agences principalement au niveau des préposés auxiliaires.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Un guide d'accueil revampé dernièrement, est remis à l'arrivée de tous les résidents admis en hébergement. Ce guide comporte plusieurs informations pertinentes pour eux et est revu brièvement par les chefs d'unité quelques jours après l'admission. Il comporte entre autres des informations reliées aux droits et responsabilités des résidents/familles et à la possibilité de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.

L'utilisation des psychotiques est évaluée occasionnellement avec des membres de l'équipe. Une nouvelle formule vient d'être développée pour le centre d'hébergement Lachine. Quatre fois par année, une liste sera élaborée par la pharmacie permettant de visualiser l'ensemble des médicaments psychotiques pour chaque résident. Ce processus facilitera l'évaluation de cette médication et de la nécessité de les conserver. À l'unité d'hébergement de l'hôpital LaSalle, un soutien direct auprès des résidents utilisant des antipsychotiques peut être fait en partenariat avec l'hôpital Douglas où une évaluation à la clinique de la mémoire est proposée.

Quatre à six semaines après l'admission et à chaque année par la suite, une rencontre interdisciplinaire permet de développer le plan d'action pour le résident avec sa famille. Les PTI s'ensuivent. Afin de faciliter le suivi de l'ensemble des activités reliées aux plans de soins et traitements infirmiers des résidents (PSTI), un document de travail hebdomadaire et mensuel a été élaboré et est utilisé aux Centres d'hébergements Lachine et LaSalle. Cet outil fort intéressant facilite d'un coup d'œil l'organisation du travail de chaque employé dans ses activités quotidiennes et diminue le risque d'oublier certains soins ou traitements qui sont moins fréquents dans le mois.

Plusieurs pratiques de préventions diverses sont bien suivies. Ex : prévention des chutes, prévention des plaies de pression. Des notes confirment ces suivis. Partout des efforts ont été faits afin de diminuer l'utilisation des mesures de contrôle. Les familles participent habituellement à ces échanges afin de trouver la meilleure alternative possible pour le résident.

Un outil sur le rapport quotidien inter quart facilite le transfert d'information de tous les résidents. À l'unité d'hébergement de l'hôpital LaSalle, un formulaire de transferts de transition dans un centre hospitalier pour des traitements spécifiques et fréquents a été mis sur pied avec divers intervenants dont le résident et sa famille. Cet outil s'est avéré être très apprécié par tous et a permis des communications aidantes et un meilleur suivi du résident.

L'équipe est encouragée à poursuivre l'évaluation du risque de suicide non seulement à l'admission du résident mais également à intervalles réguliers en cours de séjour.

Les résidents/familles confirment la qualité des services qu'ils reçoivent malgré le contexte de manque de main d'œuvre. Les fins de semaine et les soirées semblent être les périodes les plus difficiles pour eux pour obtenir l'aide souhaitée d'un intervenant qui les connaît bien de même que dans un temps d'attente acceptable à leurs yeux.

Un souci général du bien être des résidents et de leurs familles est exprimé par l'ensemble des gens rencontrés.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres ont accès à un comité d'éthique lors de situations qui demandent une réflexion particulière. Le comité répond rapidement aux demandes. Les résidents/familles y participent également. Ces

rencontres sont bénéfiques pour les résidents, les familles et les employés qui expriment leur satisfaction et réel soutien qu'ils ont obtenu.

Il n'y a pas de processus systématique pour évaluer les pratiques de tenues de dossiers. Une nouvelle politique et procédure sur « l'Accès à l'information, confidentialité et gestion du dossier de l'utilisateur » est en voie d'être adoptée. Cette dernière sera bienvenue afin de faciliter et d'uniformiser la tenue des dossiers et l'accessibilité aux résidents/familles. S'ils désirent consulter leurs dossiers, ces derniers peuvent le faire en présence d'une infirmière ou d'un médecin. Si une copie du dossier est souhaitée, ils sont dirigés vers le service des archives.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats


Plusieurs ressources tant à l'interne qu'à l'externe sont utilisées afin de choisir les lignes directrices et les données probantes bénéfiques pour le centre. Des partenariats intéressants facilitent ces recherches. Les comités des résidents et des usagers et parfois des focus groupes sont sollicités pour réfléchir avec les équipes sur certains des nouveaux éléments apportés.

Même s'il est ressenti que les résidents et leurs familles sont davantage impliqués, il est noté qu'il serait intéressant que leur participation soit systématique et bien structurée pour l'ensemble des critères qui prévoient une implication des résidents. L'équipe est ainsi encouragée à développer des pratiques de patient-partenaire donnant plus de place aux résidents/familles dans l'ensemble de leur planification des soins et services.




Certains indicateurs de qualité sont partagés avec les membres des comités de résidents et familles. Des alternatives aux pratiques actuelles sont parfois proposées. Des résidents qui font partie de comités des résidents exprimaient leur satisfaction reliée à la « voix » qu'ils ont au sein du comité et des possibilités de réalisation qu'on leur permet de vivre se sentant écoutés et respectés.




Il y a quelques semaines, débutait en collaboration avec le Ministère de la santé section milieu de vie et de centre d'hébergement Lachine, un projet partenaires/citoyens. Il se déroulera pendant 9 mois et verra à trouver des stratégies gagnantes pour encourager la communauté près du centre à s'y intégrer. Un autre projet ciblé sous peu pour le même centre, tentera de travailler auprès d'usagers aux comportements perturbateurs et qui l'expriment par des cris.

Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<p>3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>3.8.3 Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'utilisateur sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.</p> <p>3.8.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.</p> <p>3.8.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. <p>3.8.6 Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.</p>	 PRINCIPAL PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE

Processus prioritaire : Épisode de soins

9.2 Une évaluation exhaustive des besoins en matière de soins gériatriques est réalisée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
<p>9.7 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>9.7.1 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>9.7.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.</p> <p>9.7.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.</p> <p>9.7.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> <p>9.7.5 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.</p>	 PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL
<p>9.8 Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p> <p>9.8.1 Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.</p> <p>9.8.2 L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.</p> <p>9.8.3 L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.</p>	 PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL

<p>9.9 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>NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p> <p>9.9.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'usager.</p> <p>9.9.4 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles et les aidants reçoivent de la formation sur les facteurs de risque ainsi que sur les protocoles et procédures pour prévenir les plaies de pression.</p> <p>9.9.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	<p style="text-align: center;"> POR</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
<p>9.10 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>9.10.1 Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.</p> <p>9.10.2 Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.</p> <p>9.10.3 Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.</p>	<p style="text-align: center;"> POR</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
<p>10.16 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<p style="text-align: center;"> POR</p>

10.16.1	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.	PRINCIPAL
10.16.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	PRINCIPAL
10.16.5	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). 	SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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



Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

Ce processus n'est pas évalué lors de cette visite.

Processus prioritaire : Compétences

CH LaSalle

Le dévouement du personnel envers les usagers et sa volonté d'améliorer la sécurité et la qualité des services est évidente dans les entrevues et doivent être signalés.

Les usagers rencontrés sont très satisfaits et élogieux à l'endroit du personnel.

L'équipe, en collaboration avec la direction, est encouragée à faire une plus large place aux usagers et familles dans l'organisation des services: planification et amélioration de la qualité.

L'équipe et la direction sont aussi encouragées à compléter la POR sur les pompes à perfusion : une politique, un protocole de formation, procéder aux recertifications, vérifier la qualité de son programme, faire les corrections nécessaires, etc.

Processus prioritaire : Épisode de soins

CH LaSalle

Les efforts de l'équipe pour assurer la qualité des services et la sécurité des usagers dans un contexte difficile en raison de la pénurie de main d'oeuvre doivent être signalés.

Il serait souhaitable que l'information aux usagers sur leurs droits et responsabilités soit mieux diffusée: affiches, feuillets ou autres mécanismes à la discrétion de l'établissement.

L'équipe est encouragée à poursuivre le développement de son plan pour la prise en charge de la clientèle gériatrique.

En ce qui concerne les POR suivantes: BCM, prévention des chutes, prévention des plaies de pression, TEV et transfert d'information aux points de transition l'équipe et la direction sont invitées à les revoir pour compléter le travail déjà entrepris et les amener aux normes. Ces pratiques sont directement reliées à la sécurité des patients tel qu'expliqué dans la littérature.

Processus prioritaire : Aide à la décision

CH LaSalle

L'équipe est encouragée à poursuivre son plan d'audit des dossiers avec l'outil qu'elle a développé. Cette activité permet de vérifier la bonne utilisation des procédures et protocoles de même que la qualité des communications.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

CH LaSalle

Une liste des activités à risque a été élaborée pour l'ensemble du CIUSSS et c'est à signaler.


La participation des usagers est déficiente pour tous les critères qui prévoient une implication des usagers. L'équipe est encouragée à faire une plus grande place aux usagers dans sa planification des services.



On souhaite le meilleur succès possible à l'infirmière-chef dans ses efforts de recrutement pour lui permettre de mener à bien ses nombreux projets d'amélioration.


Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Leadership clinique	

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

Processus prioritaire : Compétences		
4.9	Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.	
4.9.2	<p>Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services; • qui reviennent d'un congé prolongé; • quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées; • quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis. <p>Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.</p>	PRINCIPAL
4.9.4	Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.	PRINCIPAL
4.9.5	<p>L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion. • Examiner les données tirées des pompes intelligentes. • Examiner les évaluations des compétences. • Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe. 	SECONDAIRE

4.9.6	Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.	SECONDAIRE
4.14	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
Processus prioritaire : Épisode de soins		
9.14	Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
10.5	En partenariat avec les usagers, familles ou soignants, l'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'usagers non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).	
10.5.1	L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.	PRINCIPAL
10.5.2	Les critères pour un groupe cible d'usagers non admis qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments sont déterminés et les raisons expliquant le choix de ces critères sont consignées.	PRINCIPAL
10.5.3	Quand des ajustements sont apportés aux médicaments d'usagers non admis du groupe cible, un MSTP est produit en partenariat avec les usagers, familles ou soignants et l'information est consignée.	PRINCIPAL
10.5.4	Pour les usagers non admis du groupe cible, les changements apportés aux médicaments sont communiqués au prestataire de soins primaires.	PRINCIPAL
10.6	Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
10.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE

10.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
10.14	Un accès prioritaire aux services de consultation est disponible, et ce, en tout temps.	!
10.16	Un processus est suivi pour communiquer et valider les diagnostics des usagers lorsqu'il y a divergence entre le diagnostic initial et les résultats des épreuves diagnostiques ou des analyses de laboratoire.	!
12.16	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	 SECONDAIRE
12.16.5	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). 	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
14.1	Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille.	!
14.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
16.3	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.	!
16.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!

16.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe rencontre tous les critères de ce processus.

Processus prioritaire : Compétences

HGL

Il faut d'abord signaler l'attitude positive du personnel : ouvert aux changements, orienté vers la qualité et la sécurité, résilient, dévoué, enthousiaste. Les relations interprofessionnelles sont empreintes de respect et d'appréciation.

L'équipe et la direction sont encouragées à compléter et mettre en place le programme sur la sécurité liée aux pompes à perfusion.

L'équipe est aussi encouragée à procéder à l'appréciation du rendement du personnel sur une base régulière.

Processus prioritaire : Épisode de soins

HGL

L'équipe est encouragée à se doter d'outil pour informer les usagers sur leurs droits et responsabilités.

En ce qui concerne les POR préventions des chutes et BCM: l'équipe et la direction sont invitées à bâtir sur l'expertise disponible et les documents déjà en place pour se doter de programme sur la prévention des chutes et le BCM qui rencontreront les normes reconnues.

L'accès prioritaire aux consultants existe. Malheureusement, en médecine interne, le service est débordé et il arrive que des congés soient retardés pour cette raison. L'équipe est invitée à explorer les solutions possibles à ce problème.

Pour les divergences entre le diagnostic initial et les résultats des épreuves: en imagerie médicale les délais entre la dictée et la transcription et entre la transcription et la livraison du rapport final sont souvent très longs; en particulier pour des nodules. L'équipe est invitée à explorer les solutions possibles à ce problème.

Processus prioritaire : Aide à la décision

HGL

L'équipe est invitée à revoir son dossier clinique, en particulier l'outil de collecte d'information à l'arrivée, le type de notes d'évolution et le rôle du kardex.

L'équipe est également invitée à se donner un outil d'évaluation de la tenue du dossier, pas seulement pour les infirmières, et faire l'analyse d'un certain pourcentage de dossiers à intervalles réguliers.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

HGL

L'équipe est encouragée à supporter la direction dans ses efforts pour améliorer la participation des usagers.

Le CIUSSS a récemment produit une liste des activités à risque élevé. L'équipe est encouragée à se l'approprier et l'adapter à ses besoins.

L'équipe est félicitée pour les nombreuses activités d'amélioration de la qualité qu'elle mène et planifie de mener.

L'équipe est félicitée pour la création de son comité multidisciplinaire de fonctionnement de l'urgence et de l'agenda proposé qui couvrira tous les sujets cliniques et administratifs appropriés au service. Le départ est prévu pour le début 2019.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Ce processus n'est pas évalué lors de cette visite.

t K) @ u °) h

Six sites ont été visités par trois visiteurs pour permettre une validation transitoire du processus Jeunesse. Le résumé suivant touche quelques critères à priorité élevée de quatre domaines de processus prioritaires soit la prévention et contrôle des infections, l'environnement physique, la préparation aux mesures d'urgence ainsi que la déclaration et divulgation des incidents.

h

La conformité sur les critères d'hygiène des mains est très bien suivie dans l'ensemble des centres visités. Parfois, des audits permettent d'en déterminer la fréquence ainsi que la conformité. Certains centres ne font pas d'audits et sont moins familiers avec cette procédure (Campus Dorval). Il serait intéressant de développer un lien avec les infirmières de la prévention des infections afin d'encourager cette pratique avec ces spécialistes de la prévention des infections.

La formation sur l'hygiène des mains a été offerte à tous. Des affiches de rappel sont installées dans plusieurs lieux communs. Souvent les intervenants doivent eux-mêmes appliquer la pratique auprès de leur clientèle puisque cette dernière n'a pas la capacité de le faire. Il apparaît lors d'échanges avec eux que l'hygiène des mains fait partie d'un horaire ou de situations bien établies et qu'elle est très bien intégrée dans la majorité des milieux.

Lors des visites à domicile, beaucoup d'attention est portée à la prévention des infections et des infestations possibles. Les responsables des ressources sont formés pour faire face à ces situations.

Dû au type de clientèle on retrouve très peu de dispensateur de désinfectant pour les mains.

Dans des centres, il est mentionné de rappeler à l'équipe d'appliquer les règles d'étiquette respiratoire bien qu'il y ait des masques disponibles près d'un des accès, mais non à l'entrée principale. (Succursale Centre-ville Tupper, Succursale Protection de la jeunesse). L'organisation est encouragée à s'assurer de l'efficacité des moyens de prévention des infections (hygiène des mains).

Les concepts reliés à la prévention des infections nosocomiales semblent moins connus. Dans certains secteurs, une lettre a été acheminée pour rappeler aux parents et aux responsables de ressources de garder les jeunes à la maison advenant des signes de telles infections. Cette lettre mentionne également les mesures prises par les intervenants dans les centres. Dans d'autres milieux, les interventions à poser lors de soupçons d'une infection nosocomiale chez un jeune ne semblent pas évidentes (Campus Dorval). Il serait important avec l'aide des infirmières en prévention des infections, d'en faire un rappel. Par contre, dans les foyers de groupe, une procédure claire est en place dès qu'un client signale des malaises ou des symptômes afin de prévenir la contamination du groupe (Foyer de groupe Maisonneuve).

Une procédure de nettoyage des jouets suite à la présence d'une famille est en place ainsi qu'au niveau des salles multi sensorielles avec les utilisateurs. Cependant, il appert que les rôles et responsabilités de divers intervenants dans certains secteurs ne sont pas précisément définis. Actuellement, les équipes pallient en nettoyant les jouets et les surfaces (ex. un travailleur social fait ce nettoyage une fois par mois à la succursale de la Protection de la jeunesse, un intervenant nettoie après la rencontre avec une famille à la Succursale Tupper). La procédure n'est ni uniforme, ni vérifiée. L'organisation est encouragée à établir un protocole clair de nettoyage des jouets et des surfaces en lien avec la prévention des infections.

Une des salles d'activité est réservée aux rencontres avec des familles chez qui on suspecte ou lorsque l'on connaît un risque d'infestation (puces, punaises, etc.). La procédure pour obtenir un nettoyage est en place quand une désinfection de la salle est requise. Cependant, le délai entre la demande et la désinfection est variable. De plus, il n'y a pas d'évidence que l'efficacité du processus soit vérifiée. L'organisation est encouragée à mettre en place les mesures nécessaires pour prévenir le risque de contamination.

Un « Plan d'amélioration continue de la prévention et contrôle des infections » demeure à être développé avec les intervenants terrain et les utilisateurs des services et leur famille.

- h

Les environnements physiques varient en fonction de l'âge des locaux occupés et du type de clientèle les utilisant. En général, ils sont très propres et décorés avec goût, et ce malgré peu de budget pour plusieurs d'entre eux. Notons ici, l'imagination surprenante de la décoration réalisée avec l'aide des utilisateurs et la créativité d'intervenants (centre Cartier et Alternatif, Succursale Tupper).

La sécurité des entrées et sorties des centres semble fonctionnelle et bien contrôlée, et ce tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Les indications sont claires, les corridors dégagés et les accès bien protégés. À la succursale Tupper, un agent de protection est en place à l'entrée près des salles de rencontre avec les familles pour une action immédiate. Cependant, à la Succursale Protection de la Jeunesse (Ste-Catherine), le recours à la SPVM est la seule procédure utilisée s'il y a un déclenchement du bouton panique. L'organisation est encouragée à uniformiser les protocoles de sécurité dans tous ses points de services qui le requièrent.

Au Campus Dorval, le contrôle visuel des unités de vie n'est pas optimal compte tenu des aménagements physiques des chambres et des postes d'observation. À ce même endroit, notons qu'un rafraîchissement de certains mobiliers serait souhaitable. Il en est de même à Cartier par exemple pour quelques fauteuils.

Les salles multi sensorielles sont accueillantes et nous laisse présager un repos et une diminution de l'anxiété gagnante pour les clientèles les utilisant.

h

Dans tous les centres, le plan des mesures d'urgence (que ce soit l'actuel ou le précédent) est connu et testé. Les procédures pour faire face aux situations urgentes (ex : violence, fugue) sont bien implantées. La sécurité des enfants, des familles et du personnel est une priorité. On observe dans les centres d'évaluation-orientation et d'application des mesures (Tupper et Protection de la Jeunesse) des lumières d'alarme au-dessus de la porte de chaque salle de rencontre avec des familles. Le système est vérifié avant la rencontre et chaque fois que la salle est utilisée à la succursale Tupper.

Le plan d'évacuation en cas d'incendie est connu. Les plans sont facilement accessibles pour les pompiers et les informations nécessaires sur les clients sont spécifiques et à jour. Les installations ont leur pense-bête des mesures d'urgence disponibles sur les étages. Des simulations ont lieu deux fois par année (Cartier, Alternative et Garry Taylor). Des affichettes permanentes indiquent les sorties de secours.

Lors d'évacuation, dans certains centres (Succursale Tupper), le travail se fait de pair avec l'organisme occupant les locaux adjacents. Dans les foyers de groupe et au Campus Dorval, un préventionniste procède à des exercices d'évacuation chaque mois. Il serait intéressant pour les équipes des foyers de groupe de revoir les autres volets des mesures d'urgence en fonction de leurs besoins spécifiques et de leur localisation. Les exercices d'évacuation au Campus Dorval ont lieu avec les intervenants à toutes heures du jour ou de la nuit afin de développer les réflexes nécessaires en cas d'urgence.

Certains centres ont reçu le nouveau plan des mesures d'urgence. Des rencontres de rafraîchissement auront lieu sur les modalités différentes du plan.

)

Une politique de déclaration et de divulgation pour incidents reliés aux clients est mise en place et est bien connue de tous. Parfois une confusion existe quant à la personne devant procéder à la divulgation (l'intervenant, le travailleur social, le professionnel pivot). Des équipes se questionnent actuellement sur ce point. Les notes aux dossiers sont consignées sur les événements survenus. Les familles sont contactées.

Dans les succursales Centre-ville Tupper et Protection de la jeunesse, l'organisation est encouragée à clarifier ce que sont les incidents et accidents à déclarer dans le contexte spécifique des services offerts au centre.

Au campus Dorval, toutes les déclarations ne sont pas faites d'emblée sur le formulaire AH223. Une première déclaration se fait à partir de l'outil de déclaration Bradshaw et tout dépendant de l'événement l'AH223 pourrait être complété. Nous recommandons de préciser cette façon de procéder et d'éclaircir les processus recommandés.

Au cours des dernières années, entre autres au centre Alternative, une consultante en éthique assiste deux fois par mois les équipes sur différents sujets dont sur la divulgation d'événements. Ce support est très apprécié.

Un dévouement et un grand respect de l'individualité et des choix des clients sont remarquables. Dans tous les secteurs visités, le développement de l'autonomie quel qu'il soit est privilégié. Par exemple un très léger changement qui pourrait nous sembler peu perceptible voir anodin, représente un grand gain d'efforts soutenus par les intervenants. « It is like a moment » m'a mentionné une intervenante au centre Cartier.

Les intervenants regorgent de créativité dans les outils qu'ils créent et utilisent pour aider au développement des jeunes. Des salles spécifiques pour améliorer la communication, le développement des sens, l'autonomie, la communication et la motricité sont bien garnies de ces objets (Alternative et Garry Taylor). Aussi l'habileté de certains jeunes est fort bien utilisée dans la création d'objets de Noël qu'eux-mêmes produisent et qui sont mis en vente dans un point de service (Cartier). Tout au long de l'année, la culture et l'entretien des plantes sont aussi une activité prisée.

Depuis environ trois mois, un projet pilote de co-intervention avec un organisme communautaire pour la population noire anglophone est en place. Déjà l'équipe a suivi des indicateurs permettant d'observer des résultats probants quant au nombre d'enfants laissés dans leur foyer avec du support de la communauté plutôt que d'être placés. Un projet similaire s'organise pour la population autochtone.

Les foyers de groupe ont un fonctionnement axé sur la responsabilisation des clients et la sécurité du milieu dans un cadre chaleureux reproduisant le plus possible un milieu de vie de famille.