



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## **Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent**

Dates de la visite d'agrément : 5 au 7 novembre 2018

Date de production du rapport : 20 décembre 2018

## Au sujet du rapport

Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (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 novembre 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 recevons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
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	14
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>16</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>19</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	20
Processus prioritaire : Capital humain	20
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	21
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	23
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	24
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	26
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	27
Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service	29
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	30
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service	32
Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service	37
Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	42
Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service	46
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	50
Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation - Secteur ou service	54
Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service	57
Rétroaction sur les centres de déficience intellectuelle, déficience physique et centre de jeunesse	62

## Sommaire

Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (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 prioritaires 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 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 : 5 au 7 novembre 2018**

- **Emplacements**

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

1. Centre d'hébergement Villa Maria
2. Centre hospitalier régional du Grand-Portage
3. CHSLD de Mont-Joli
4. CHSLD de Trois-Pistoles
5. CLSC de Cabano
6. CLSC de Mont-Joli
7. CLSC de Rimouski
8. CLSC de Rivière-du-Loup
9. Hôpital de Matane
10. Hôpital de Notre-Dame-du-Lac
11. Hôpital régional - Rimouski
12. La Mitis RAC Jumelé 1 (DI-TSA)
13. Centre de jour Lausanne à Rimouski
14. Point de service Centre Jeunesse à Rimouski
15. Jeunesse en difficulté d'adaptation de Rimouski-Neigette

- **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. Imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
5. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
6. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
7. Soins à domicile - Normes sur l'excellence des services
8. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
9. Soins critiques - Normes sur l'excellence des services
10. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
11. Unité d'hospitalisation - Normes sur l'excellence des services
12. 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.)	1	0	32	33
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	10	0	61	71
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	374	55	66	495
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	21	7	84	112
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	45	8	255	308
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	4	2	53	59
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	200	41	447	688
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	4	0	36	40
<b>Total</b>	<b>659</b>	<b>113</b>	<b>1034</b>	<b>1806</b>



## Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Leadership	25 (89,3%)	3 (10,7%)	22	1 (100,0%)	0 (0,0%)	95	26 (89,7%)	3 (10,3%)	117
Prévention et contrôle des infections	33 (82,5%)	7 (17,5%)	0			31	33 (82,5%)	7 (17,5%)	31
Gestion des médicaments	74 (100,0%)	0 (0,0%)	4	4 (80,0%)	1 (20,0%)	59	78 (98,7%)	1 (1,3%)	63
Imagerie diagnostique	66 (98,5%)	1 (1,5%)	0			69	66 (98,5%)	1 (1,5%)	69
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	87 (98,9%)	1 (1,1%)	0	8 (100,0%)	0 (0,0%)	32	95 (99,0%)	1 (1,0%)	32
Services périopératoires et interventions invasives	90 (90,0%)	10 (10,0%)	15			109	90 (90,0%)	10 (10,0%)	124
Soins à domicile	36 (85,7%)	6 (14,3%)	7	0 (0,0%)	1 (100,0%)	75	36 (83,7%)	7 (16,3%)	82
Soins ambulatoires	20 (54,1%)	17 (45,9%)	9	0 (0,0%)	1 (100,0%)	77	20 (52,6%)	18 (47,4%)	86

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 critiques	44 (83,0%)	9 (17,0%)	7			105	44 (83,0%)	9 (17,0%)	112
Soins de longue durée	42 (82,4%)	9 (17,6%)	4			99	42 (82,4%)	9 (17,6%)	103
Unité d'hospitalisation	37 (71,2%)	15 (28,8%)	8	1 (100,0%)	0 (0,0%)	84	38 (71,7%)	15 (28,3%)	92
Urgences	45 (77,6%)	13 (22,4%)	13			107	45 (77,6%)	13 (22,4%)	120
<b>Total</b>	<b>599 (86,8%)</b>	<b>91 (13,2%)</b>	<b>89</b>	<b>14 (82,4%)</b>	<b>3 (17,6%)</b>	<b>942</b>	<b>613 (86,7%)</b>	<b>94 (13,3%)</b>	<b>1031</b>

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgence des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	3 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins critiques)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Urgences)	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Imagerie diagnostique)	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
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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
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 (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)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins critiques)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Urgences)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins à domicile)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Non Conforme	1 sur 4	0 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins critiques)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Unité d'hospitalisation)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Urgences)	Non Conforme	3 sur 4	0 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Non Conforme	1 sur 2	1 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	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
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
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	0 sur 3	0 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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Unité d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Urgences)	Non Conforme	0 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)	Non Conforme	3 sur 3	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Unité d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Soins efficaces des plaies (Soins à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Stratégie de prévention des chutes (Imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	3 sur 3	1 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 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)	Conforme	3 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 de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent dessert une population de plus de 200 000 habitants et offre un ensemble de services sociaux et de santé répartis dans plus de 42 installations. Il opère entre autres, 476 lits de courte durée, 13 CHSLD, 1 Maison des naissances et 9 urgences. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent compte environ 7500 employés et 525 médecins. Il collabore de près avec de nombreux partenaires de la communauté, notamment 12 GMF, 51 cliniques médicales, 59 pharmacies, 133 organismes communautaires et 146 résidences privées pour aînés. Il accueille plus de 1000 stagiaires par année de niveaux professionnel, collégial et universitaire. De plus, il exerce une mission d'enseignement médical par le biais de deux unités de médecine familiale (UMF). Il collabore également à de nombreux projets de recherche. Le budget annuel global de l'établissement est d'environ 709 millions de dollars.

La visite d'agrément du 5 au 7 novembre 2018 se veut une « visite de transition ». Elle permet de faire le pont entre la dernière visite d'agrément de 2013, 2014 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 où la démarche d'évaluation s'est concentrée sur les pratiques organisationnelles requises (POR) et les critères à priorité élevée.

L'équipe de direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent démontre un fort leadership organisationnel. Le personnel, les bénévoles et les médecins sont engagés et dédiés. L'organisation a relevé le défi de l'intégration en mode CISSS et le poursuit encore aujourd'hui, en faisant preuve d'une bonne capacité d'adaptation et de résilience. La démarche organisationnelle d'amélioration de la qualité est intégrée à la matrice de cohérence du plan stratégique dans une approche Lean. Elle se traduit en plusieurs projets d'amélioration alignés avec les priorités organisationnelles et plusieurs sont structurés en format A3. L'établissement a mis en place une approche intégrée de gestion de risques. Des travaux d'analyse et de hiérarchisation des risques pour l'utilisateur sont amorcés. Il importe de poursuivre cette analyse et d'identifier des actions prioritaires par direction pour agir de manière proactive. 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 d'événements et d'appliquer les mesures préventives les plus appropriées.

Le CISSS démontre une ouverture face à l'approche de soins centrés sur les personnes. Certains outils permettent d'évaluer l'expérience-patient. 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.

Au 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. Les sondages sur la mobilisation du personnel, des gestionnaires et des médecins administrés suite à la création du CISSS, démontrent la volonté de l'organisation de soutenir les équipes de travail pour mieux apprivoiser le changement. 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 plan régional de sécurité civile – mission santé, démontre que le CISSS du Bas-Saint-Laurent s'acquitte bien de ses responsabilités en matière de sécurité civile. Une procédure relative au code blanc a été récemment élaborée. Elle vise l'ensemble du CISSS et sa mise en œuvre est quasi complétée. Il importe d'engager rapidement une démarche similaire en regard des autres codes d'alerte en mesures d'urgence, notamment en ce qui concerne le risque d'incendie, en précisant les activités de formation et les exercices de simulation.

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 concerne le bilan comparatif des médicaments, la formation sur les pompes à perfusion, le plan de sécurité des usagers, la prévention des chutes, la prévention des plaies de pression, la prévention du suicide, 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
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Transfert de l'information aux points de transition des soins</b> L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Urgences 12.16</li> <li>· Soins à domicile 9.10</li> </ul>
<p><b>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</b> Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 15.7</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> L'établissement d'un bilan comparatif des médicaments est entrepris en partenariat avec les usagers et les familles pour un groupe cible d'utilisateur 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Urgences 10.5</li> <li>· Services périopératoires et interventions invasives 11.6</li> <li>· Soins ambulatoires 8.5</li> <li>· Soins de longue durée 8.5</li> <li>· Soins à domicile 8.6</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<p><b>Formation sur les pompes à perfusion</b> Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins ambulatoires 3.8</li> <li>· Soins à domicile 3.8</li> <li>· Urgences 4.9</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Plan de sécurité des usagers</b> Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 15.1</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b> 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"> <li>· Urgences 10.6</li> <li>· Services périopératoires et interventions invasives 11.11</li> </ul>
<p><b>Prévention des plaies de pression</b> 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"> <li>· Services périopératoires et interventions invasives 11.12</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Prévention du suicide</b> Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Urgences 10.7</li> </ul>
<p><b>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)</b> Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions nécessitant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Services périopératoires et interventions invasives 11.13</li> <li>· Soins critiques 8.9</li> </ul>

## Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

Veuillez 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
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.	!

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

Des travaux sont en cours relativement à l'uniformisation pour l'ensemble du CISSS des politiques et procédures en santé et en sécurité au travail. On encourage l'établissement à compléter ce travail et à s'assurer de leur mise en oeuvre.

Une politique écrite a été élaborée relativement à la prévention de la violence en milieu de travail. On a également prévu une procédure d'enquête, des rapports sur les résultats et de l'information et de la formation pour les gestionnaires et le personnel. On encourage l'établissement à poursuivre ses initiatives de sensibilisation à cet égard.



En 2017, l'établissement a réalisé un sondage de mobilisation auprès des employés, des gestionnaires, de même que les médecins, dentistes et pharmaciens. Des "focus group" ont permis d'analyser les résultats plus en profondeur et ont donné lieu à des engagements en terme d'actions concrètes.

Le plan de formation et de développement des ressources humaines est bien structuré. L'offre de formation est élaborée et plusieurs formations en lien avec des préoccupations de sécurité sont priorisées.



## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
<p>15.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en oeuvre dans l'organisme.</p> <p>15.1.1 Les problèmes de l'organisme liés à la sécurité des usagers sont évalués.</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><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></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><b>PRINCIPAL</b></p>

15.7.2	Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.	<b>PRINCIPAL</b>
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.	<b>PRINCIPAL</b>
15.7.4	Le plan organisationnel est dirigé et maintenu par une équipe de coordination interdisciplinaire.	<b>SECONDAIRE</b>
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.	<b>PRINCIPAL</b>
15.7.6	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	<b>SECONDAIRE</b>

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

Les objectifs d'amélioration de la qualité sont intégrés à la matrice de cohérence du plan stratégique du CISSS. Des projets d'amélioration structurés (format A3) en découlent. L'imputabilité, les objectifs visés et les échéanciers sont clairement définis.

L'organisme a mis en place une approche intégrée de gestion des risques. Des travaux d'analyse et de hiérarchisation des risques pour l'utilisateur ont été amorcés. On encourage l'établissement à poursuivre cette analyse devant mener à l'élaboration des plans d'actions par direction visant à réduire l'incidence de ces risques.

Les mécanismes de gestion des accidents, incidents et événements sentinelles sont bien établis (déclaration, divulgation, analyse et suivi). Des rapports trimestriels sont présentés au conseil d'administration. Une analyse prospective est réalisée aux ans. Des activités de sensibilisation sont réalisées dans le cadre de la "Semaine nationale de la sécurité de patient". On encourage l'organisme à renforcer la rétroaction aux équipes terrain relativement aux tendances observées et aux mesures préventives ou correctives mises en place.

Un régime d'examen des plaintes est mis en place dans l'établissement. Un dépliant d'information à ce sujet est largement diffusé. Il rappelle les droits des usagers et de même que le processus à suivre pour porter plainte. Les sondages sur l'expérience patient datent du cycle d'agrément précédent. Il importe que cette pratique soit réactivée dans le nouveau cycle d'agrément qui s'amorce.

## 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
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
14.2 Un plan d'intervention relatif à tous les sinistres ou toutes les situations d'urgences est élaboré et mis en oeuvre.	!
14.5 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Un plan régional de sécurité civile - mission santé, démontre que le CISSS du Bas-Saint-Laurent s'acquitte de ses responsabilités en matière de sécurité civile. Une structure de coordination stratégique, tactique et opérationnelle a été mise en place. Un système de garde régionale est bien établi et bien outillé pour intervenir efficacement.

Au sein de l'établissement, la procédure relative au code blanc a été récemment élaborée. Elle vise l'ensemble du CISSS et sa mise en œuvre est quasi complétée. Le travail réalisé au sujet du code blanc est exemplaire, notamment en ce qui concerne la mobilisation des équipes terrain, la formation, l'analyse et du suivi des événements.

Toutefois, il importe d'engager une démarche similaire en regard des autres codes d'alerte en mesures d'urgence, notamment en ce qui concerne le risque d'incendie. On encourage l'établissement à élaborer un plan de travail à cet égard en précisant les échéanciers. Outre l'élaboration de procédures, il importe de prévoir dans ce plan d'action résultats attendus au sujet des activités de formation et des exercices de simulation.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
6.5 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!

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

L'organisme connaît très bien les principaux défis auxquels elle doit faire face en ce qui concerne le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables au Centre Hospitalier Régional de Rimouski. Des efforts importants ont été déployés pour réaliser une mise à niveau de l'environnement physique des lieux permettant l'aménagement d'une salle de pré-nettoyage afin de réduire les risques de contaminations. Soucieuse de s'appuyer sur les données probantes et les meilleures pratiques, l'organisme a fait appel au Centre d'excellence en retraitement des dispositifs médicaux réutilisables afin de réaliser une démarche rigoureuse pour connaître les principaux enjeux entourant le processus de stérilisation. Ainsi, un audit fut réalisé conduisant à l'établissement d'un diagnostic précis pour identifier un certain nombre de constats illustrant les problèmes de non conformité dans cet environnement et pouvant compromettre la sécurité des usagers.

Cette démarche a donné lieu à la mise en oeuvre d'un projet d'amélioration du processus de retraitement des dispositifs médicaux (RDM) avec l'établissement d'objectifs précis et mesurables et d'indicateurs de suivi. Globalement, le projet est réalisé à 75% considérant les enjeux d'harmonisation des procédures qui doivent être réalisés dans la prochaine année et l'implantation d'un processus d'évaluation avec un calendrier des audits.

Or, dans le cadre de ce projet d'amélioration, l'acquisition de nouveaux équipements et le réaménagement des lieux a permis de créer un environnement qui respecte les standards de prévention et contrôle des infections et de sécurité afin d'éliminer les risques de contamination croisée et de réduire les agents infectieux.

Les résultats sont probants en ce qui concerne l'amélioration du climat de travail au sein des équipes qui sont maintenant mobilisées mais aussi concernant la réduction significative du nombre de rejet des plateaux non conformes et du nombre d'agents infectieux retrouvés à l'intérieur de ceux-ci pour le bloc opératoire.

Les équipes sont davantage engagées et mobilisées à travailler dans un esprit favorisant la culture de la mesure pour assurer le contrôle et la prévention des infections dans une perspective de sécurité des usagers.

L'organisme est encouragé à planifier un calendrier pour réaliser des audits et des analyses rétrospectives afin de soutenir une prestation de services sécuritaires répondant aux plus hauts standards de qualité. D'autre part, la mise en place d'un processus qui permet de retracer tout l'équipement et tous les appareils diagnostiques en cas de panne ou de défaillance du système de retraitement est aussi souhaitable.

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

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

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

### **Leadership clinique**

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### **Compétences**

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

### **Épisode de soins**

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

### **Aide à la décision**

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

### **Impact sur les résultats**

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

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

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

### **Gestion des médicaments**

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

### **Prévention des infections**

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

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

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	

11.5 Les limites incontournables et les limites contournables établies sont vérifiées régulièrement et des changements sont apportés au besoin.

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**
**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Un comité régional des services pharmaceutiques a été mis sur pied avec la présence de trois pharmaciens du CISSS du Bas-Saint-Laurent et 3 pharmaciens issus des pharmacies communautaires. L'objectif de la création de cette nouvelle instance régionale permettra d'établir des liens entre les professionnels en pharmacie sur le territoire considérant qu'il existe cinquante neuf pharmacies de proximité pour la population dans les différentes communautés locales. D'où l'importance d'avoir un mécanisme de coordination entre ces principaux acteurs du milieu institutionnel et des entrepreneurs de la communauté afin d'offrir des services pharmaceutiques de qualité et sécuritaires.

L'équipe de gestion du service de pharmacie exprime un leadership fort et collaboratif auprès des équipes et des autres directions de l'organisme. Une démarche de réflexion a permis d'identifier les principales priorités cliniques notamment en redéfinissant l'offre de soins des services pharmaceutiques dans une perspective régionale et territoriale. Les autres priorités retenues sont le programme de gérance des antimicrobiens, la rédaction d'une politique harmonisée pour le bilan comparatif des médicaments considérant l'enjeu stratégique de cette pratique et en tout dernier le suivi des clientèles en longue durée.

Les pharmaciens sont des professionnels très estimés dans l'organisme auprès des équipes cliniques et médicales considérant qu'ils sont très présents notamment sur les unités de soins critiques, en oncologie ainsi qu'en recherche. Leur expertise est précieuse pour soutenir les équipes de soins dans la gestion sécuritaire des médicaments. Ils sont également très impliqués dans la réalisation du bilan comparatif avec la collaboration des assistants techniques.

Le système de gestion des médicaments dans les deux centres hospitaliers visités favorise une distribution sécuritaire et efficace des médicaments. Ce système comprend l'emballage des médicaments par dose unitaire au moyen d'un système d'ensacheuse assurant un accès rapide et sécuritaire.

Le processus de préparation des médicaments cytotoxiques est très bien structuré, les rôles sont définis, dans un environnement conforme aux plus hauts standards de qualité.

La gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé est très rigoureuse et les équipes sur les unités de soins ont reçu toute l'information pertinente en termes de tableaux de référence pour leur permettre de

réaliser l'administration sécuritaire de ce type de médication. Une politique a été élaborée pour la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé en précisant les exigences entourant la double vérification indépendante.

L'organisme est invité à poursuivre sa démarche d'harmonisation pour les politiques et procédures du service pharmaceutique dans une perspective de régionalisation de l'offre de services. De plus, l'introduction de pompes intelligentes exigera l'élaboration d'un plan de mise en oeuvre afin d'actualiser cette pratique pour faciliter la gestion de l'administration des solutions intraveineuses.

La pénurie de main d'oeuvre demeure un enjeu majeur pour le recrutement des pharmaciens. L'équipe de gestion a innové en développant de nouvelles stratégies pour la dotation et le recrutement des effectifs pour introduire davantage d'assistants techniques en décentralisant un certain nombre de responsabilités exercés antérieurement par les pharmaciens. Ces derniers sont davantage mis à contribution pour soutenir les milieux cliniques dans leur offre de soins.



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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>	
15.4 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie**

Pour un hôpital régional qui n'est tout de même pas énorme, le service d'imagerie diagnostique comprend un service très actif avec près de 400 visites par jour. Le service est un centre de stage pour les technologues en imagerie. Les employés ont accès à de nombreuses sessions et capsules d'information, ainsi que de la formation pour les gestionnaires de terrain.

L'équipe d'imagerie diagnostique est très dynamique et le service est axé sur les besoins des usagers. Comme exemple, si une liste d'attente pointe à plus de 90 jours, l'équipe ouvre des plages de service le soir, la fin de semaine et même la nuit pour la résonance magnétique. Un rapport mensuel des temps d'attente est fait dans tous les services. Les radiologistes et nucléistes s'occupent de la pertinence de requêtes et communiquent avec les médecins traitants au besoin.

L'aspect confidentialité et sécurité du client est toujours observé dans les salles d'attente, les salles d'examen, ainsi qu'ailleurs dans le service. Pour la maintenance préventive, l'organisme a établi un contrat partagé entre les fournisseurs et le service de génie biomédical.

Le service anticipe l'introduction du service d'imagerie dans le système provincial de rendez-vous. Présentement, chaque requête est numérisée pour éviter d'être perdue et s'il manque de l'information sur une requête, un retour est fait avec le médecin traitant.

Il est à noter que dans le service de médecine nucléaire on imprime toujours les films parce que le système n'est pas compatible avec le système PAC; pour éviter de faire du duplicata ainsi que le problème d'archives, il serait bon que l'organisme examine la possibilité d'harmoniser les systèmes électroniques.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
2.6 L'équipe de prévention et de contrôle des infections est consultée lors de la planification et de la conception de l'environnement physique; cela comprend la planification des projets de construction et de rénovation.	!
2.8 Les services de gestion de l'environnement et l'équipe de prévention et de contrôle des infections participent au maintien des processus entourant les services de buanderie et la gestion des déchets.	!
4.3 Des politiques et des procédures sur le recours à des techniques aseptiques pour la préparation, la manipulation et l'administration de substances stériles tant dans les lieux de préparation qu'aux points de service sont en place.	!
5.5 Les membres de l'équipe et les bénévoles doivent participer au programme de formation sur la prévention et le contrôle des infections au moment de leur orientation et régulièrement par la suite, selon leurs rôles et leurs responsabilités en la matière.	!
6.1 Les usagers, les familles et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.	!
7.3 Des politiques et des procédures sur l'utilisation de l'EPI approprié à la tâche sont en place.	!
9.1 Les zones de l'environnement physique sont classées par catégorie en fonction du risque d'infection pour déterminer la fréquence de nettoyage requise, le degré de désinfection, de même que le nombre de membres de l'équipe requis pour les services de gestion de l'environnement.	!

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

#### Processus prioritaire : Prévention des infections

La politique visant à garantir la consultation de l'équipe de prévention et de contrôle des infections (PCI) lors de la planification et de la conception de l'environnement physique est en développement et devrait être approuvée prochainement. L'équipe de PCI solidifie actuellement les liens entre les services d'entretien et les spécialistes en prévention des infections.



La grande majorité des médicaments est préparée dans les pharmacies mais il en reste encore quelques-uns qui sont préparés à l'étage par les infirmières dans la salle de médicaments. Afin de garantir la préparation stérile des médicaments à l'étage, il est recommandé de développer une procédure à l'intention des infirmières en attendant que tous les médicaments soient préparés dans la pharmacie.


Il est recommandé de consigner la participation des membres de l'équipe et des bénévoles aux programmes de formation sur la prévention des infections afin de s'assurer que tous les membres soient formés. Il serait de mise que les patients, familles et visiteurs soient impliqués dans les pratiques de précautions en cas de prévention des infections. Nous suggérons que l'équipe de prévention et contrôle des infections travaille étroitement avec l'équipe de santé et sécurité au travail pour s'assurer que les procédures et politiques soient harmonisées.

Les politiques et les procédures sur l'utilisation de l'équipement de protection individuelle sont à développer et à harmoniser sur tous les sites. Nous encourageons aussi l'organisme à formaliser les liens entre l'équipe de PCI et l'équipe de l'entretien de l'environnement pour assurer que la fréquence de nettoyage requis et le degré de désinfection dans les différents services soient conformes aux meilleures pratiques. Les pratiques sont en place présentement pour le nettoyage et la désinfection des chambres des usagers qui font l'objet de précautions additionnelles mais nous suggérons à l'équipe de PCI de revoir ces pratiques avec l'équipe de l'entretien.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
6.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
6.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
8.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
10.15 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
<p>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.</p> <p>11.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>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.</p> <p>11.6.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'usager.</p>	<p>POR</p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>

11.6.4	Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	<b>PRINCIPAL</b>
11.11	Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre et évaluée.	
11.11.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	<b>SECONDAIRE</b>
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>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>		
11.12.1	Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'usager au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.	<b>PRINCIPAL</b>
11.12.2	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.	<b>PRINCIPAL</b>
11.12.3	Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en oeuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité.	<b>PRINCIPAL</b>
11.12.4	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.	<b>SECONDAIRE</b>
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.	<b>SECONDAIRE</b>

<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 style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SECONDAIRE</b></p>
<p><b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b></p>	

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

<p><b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b></p>	
<p>23.3 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.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>23.4 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.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>23.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>24.2 Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>24.3 Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>
<p>24.4 Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.</p>	<p style="text-align: center;">!</p>

**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'a pas été évalué lors de la visite de transition.

**Processus prioritaire : Compétences**

Le travail d'équipe et la collaboration sont des valeurs bien implantées au sein de l'équipe du bloc opératoire, c'est à signaler.

Une politique sur la violence en milieu de travail a été développée mais les employés rencontrés ne la connaissaient pas; la gestion est encouragée à en promouvoir la diffusion.

L'équipe est encouragée à augmenter le nombre d'appréciations du personnel; c'est un outil avec un important potentiel de mobilisation du personnel.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'équipe est félicitée pour l'implantation et l'utilisation exemplaires de la liste de contrôle pour une chirurgie sécuritaire.

L'équipe est encouragée, avec ses partenaires de l'établissement, à développer son bilan comparatif des médicaments (BCM). La littérature est abondante et convaincante sur la capacité de cette procédure pour prévenir les accidents liés aux médicaments.

Le cadre conceptuel et les outils pour la prévention des chutes et des plaies de pression sont bien faits et l'établissement est encouragé à les mettre en application de façon rigoureuse et systématique. La sécurité et la qualité des soins sont nettement améliorés avec l'utilisation de ces protocoles. Le même travail est à faire pour le dépistage systématique des patients à risque de thromboembolie veineuse. La transmission de l'information aux points de transition est faite. L'équipe est encouragée à mieux la documenter au dossier de l'utilisateur.

En dépit d'un environnement physique défavorable, l'équipe réussie à maintenir des taux d'infection relativement bas. Parmi les problèmes identifiés: le croisement des matériels souillés et propres, le manque d'espaces de rangement et matériels entreposés ailleurs dans l'hôpital, les corridors encombrés, la présence d'armoires et de fournitures dans les salles d'opération, la capacité d'accueil insuffisante au bloc et au Centre de jour. L'équipe est encouragée à trouver des solutions qui permettront, dans un délai raisonnable, de rencontrer les normes de sécurité et de qualité attendues à l'heure actuelle dans un hôpital.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe de l'unité de chirurgie est félicitée pour l'ampleur de ses efforts en vue d'améliorer la qualité des services depuis février dernier.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Les lignes directrices sont prises dans les hôpitaux universitaires du RUIS Québec. Cette approche est acceptable.

La participation des usagers et de leur famille aux soins est bien supportée. Par contre, les mécanismes ne sont pas encore en place pour incorporer leur avis dans la planification des services ou la rédaction de politiques, procédures, protocoles, etc.

L'équipe de l'unité de chirurgie est félicitée pour le travail énorme exécuté avec un consultant pour mettre en place un système de vérification et de promotion de la qualité et de la sécurité des services via une meilleure tenue des dossiers.

L'équipe du bloc opératoire est aussi félicitée pour le travail de planification des travaux pour corriger les lacunes identifiées au niveau des espaces du bloc opératoire et du Centre de jour : croisement de matériels propres et souillés dans l'unique corridor, rangement de matériels stériles à l'extérieur du bloc faute d'espace, salles d'opération trop petites pour les équipements utilisés lors de plusieurs types d'intervention, présences d'armoires pleines de matériels dans les salles (n'est plus acceptable avec les nouveaux standards), encombrement des corridors, refoulement des patients du Centre de jour vers la salle de réveil, etc.

Il faut également souligner le dévouement et l'engagement des personnes rencontrées.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

L'équipe est félicitée pour sa gestion exemplaire des médicaments en chirurgie.







9.10.1	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
9.10.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	PRINCIPAL
9.10.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	PRINCIPAL
9.10.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</li> </ul>	SECONDAIRE

**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**

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

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



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



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



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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'établissement fait l'allocation de ses contrats dans les règles de l'art.

##### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe est encouragée à se doter d'un programme formel de formation et de recertification sur l'utilisation des pompes à perfusion.

L'équipe est également encouragée à poursuivre la formation du personnel sur la gestion de la violence en milieu de travail. Plusieurs employés ne sont pas encore informés.

Les équipes cadres et de services sont félicitées pour l'énorme travail de développement des outils: salle de pilotage, logigramme et sondage d'appréciation. Ils sont de haute qualité.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les outils de travail et le dévouement du personnel sont à souligner.

L'établissement est invité à se doter d'un programme formel pour le bilan comparatif des médicaments (BCM) et à mettre en place les moyens pour l'appliquer dans les règles de l'art.

L'établissement est encouragé à se donner des règles claires et précises sur le processus de transfert d'information aux points de transition pour garantir un système standardisé et s'assurer que ce dernier est utilisé et évalué

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

Le dossier réunit toute l'information mais elle est répartie entre différents programmes informatiques et support papier: l'équipe est encouragée à intégrer le dossier sur un seul support.

L'équipe est aussi encouragée à procéder à des audits de dossiers de façon structurée et régulière.


L'information recueillie est très complète et l'équipe est félicitée pour la qualité des outils de collecte qui ont été développés.


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

L'équipe est félicitée pour sa préoccupation pour la sécurité des patients, surtout pour l'amélioration de l'accès et la prestation en temps opportun.

L'équipe est encouragée à faire une plus grande place à la participation des usagers dans la sélection de ses lignes directrices et autres activités de planification des soins

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<p>3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p> <p>3.8.2 Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services;</li> <li>• qui reviennent d'un congé prolongé;</li> <li>• quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées;</li> <li>• quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis.</li> </ul> <p>Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.</p> <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>	  <b>PRINCIPAL</b>        <b>PRINCIPAL</b>        <b>PRINCIPAL</b>

3.8.5	L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion.</li> <li>• Examiner les données tirées des pompes intelligentes.</li> <li>• Examiner les évaluations des compétences.</li> <li>• Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe.</li> </ul>	<b>SECONDAIRE</b>
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.	<b>SECONDAIRE</b>
3.10	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
5.5	De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
5.6	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des usagers et des membres de l'équipe.	!
5.7	De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
7.13	Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
8.5	Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.	
8.5.1	Les types d'utilisateurs des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi sont précisés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>

8.5.2	En ce qui a trait aux 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.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.3	Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.4	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.	<b>PRINCIPAL</b>

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

13.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!
13.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
13.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
13.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!
13.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.1	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.	!
14.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!



14.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.6	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
15.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
15.9	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Il n'y a pas de stérilisation dans ces services.

##### Processus prioritaire : Compétences

L'établissement est encouragé à se donner un cadre formel pour la formation et la recertification du personnel sur les pompes à perfusion de même qu'un mécanisme de vérification de l'efficacité de son programme.

L'équipe est également encouragée à se donner un système formel, intégré et complet de gestion des risques incluant l'identification systématique des risques, la formation du personnel et un système d'évaluation de son efficacité.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisme est invité à développer son programme de bilan comparatif des médicaments (BCM) et à soutenir les équipes dans son implantation. Les mérites d'un tel programme sont bien démontrés dans la littérature.

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

La pratique est conforme.

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

L'équipe est invitée à se donner un cadre formel pour la sélection de ses lignes directrices et la réconciliation des lignes contradictoires; un calendrier de revue ainsi que des protocoles pour réduire les variations d'utilisation; avec l'apport des usagers.

La compétence et le dévouement du personnel sont à signaler.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.11 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie.	!
3.12 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
4.6 Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'utilisateur au sein des équipes et entre elles.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.15 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
<p>8.9 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>8.9.5 De l'information est fournie aux usagers et aux membres de l'équipe sur les risques et la façon de prévenir la TEV.</p>	<p>POR</p> <p><b>SECONDAIRE</b></p>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
13.6 Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
15.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!

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.	!

#### 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

Un leadership clinique fort permet d'adapter les services de soins critiques aux besoins en évolution de la clientèle de concert avec les principaux partenaires du réseau. Les liens sont étroits entre les membres de l'équipe pour fournir des soins spécialisés de qualité et requis selon leur condition.

L'environnement physique des soins critiques demeure toujours un beau milieu de soins, malgré qu'il soit petit et quelque peu encombré considérant les nouveaux enjeux cliniques après toutes ces années depuis l'aménagement initial. Un espace est dédié comme salon pour les familles à l'extérieur du service.

#### Processus prioritaire : Compétences

Les membres de l'équipe sont dévoués et centrés sur les besoins des patients admis aux soins critiques dans une perspective d'inclure les familles pour susciter leur apport et leur participation aux soins de leur proche. Ils peuvent compter sur le soutien continu de leur chef de service et de leur assistante-chef pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités d'amélioration continue de la qualité en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire qui réunit les professionnels et l'équipe médicale. Les membres de l'équipe bénéficient d'activités de formation ponctuelles principalement lors de l'introduction de nouveaux équipements, protocoles cliniques ou modalités spécifiques pour l'administration des médicaments.

Or, l'organisme est encouragé à développer un plan annuel formel de formation et de perfectionnement pour ses équipes cliniques afin de soutenir le maintien des compétences dans un environnement de soins critiques où les plus hauts standards de qualité sont exigés pour assurer une prestation sécuritaire des soins. L'évaluation du rendement demeure également un moyen d'offrir une rétroaction à chacun des membres de l'équipe afin de leur permettre de soutenir leur mobilisation à poursuivre leur engagement professionnel et à se fixer des objectifs de développement des compétences et des habiletés pour favoriser leur dépassement et ainsi viser l'atteinte de l'excellence.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'équipe des soins critiques travaille étroitement avec les autres équipes de l'organisme pour déterminer le processus de surveillance des usagers y compris le processus entourant le transfert aux soins critiques. Concrètement, l'équipe assure la surveillance à distance des patients souffrant d'arythmie cardiaque, hospitalisés sur les unités de soins et porteur d'une télémétrie.

L'équipe est soucieuse d'obtenir chaque fois un consentement éclairé de l'utilisateur qu'elle consigne au dossier. Sinon le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.

Les dilemmes éthiques font l'objet de discussion en équipe et sont gérés et réglés avec la contribution des membres du comité d'éthique au besoin. Un code d'éthique a été élaboré et diffusé dans l'organisation auprès des équipes de soins.

Plusieurs programmes cliniques sont déployés pour offrir une prestation de soins sécuritaires selon les standards de qualité. Il s'agit notamment des programmes de prévention du risque de chutes et de plaie de pression ainsi que le recours à l'utilisation des mesures de contrôle et l'utilisation du protocole de thrombo-embolie veineuse. Une évaluation du risque est effectuée auprès du patient et documentée au dossier en utilisant des outils validés rigoureusement.

Une évaluation des niveaux de soins est réalisée rapidement par l'équipe médicale après l'admission. Les usagers et leurs familles sont régulièrement informés et consultés sur l'évolution du plan de traitement afin de faciliter, si nécessaire, la prise de décision éclairée.

Les équipes peuvent s'appuyer sur des ordonnances collectives et des protocoles respectant les données probantes pour soutenir leurs prestations de soins selon les plus hauts standards d'excellence.

Le partage d'information est efficace entre les services ou les centres pour faciliter le suivi du continuum de soins lors du congé ou du transfert des usagers.

La présence d'un pharmacien tous les jours aux soins critiques constitue une valeur ajoutée pour soutenir l'équipe clinique tout au long du processus de gestion des médicaments en ce qui concerne la réalisation du bilan comparatif des médicaments, la gestion des opiacés, la mise à jour des connaissances, les modalités entourant l'administration des solutions intraveineuses, la surveillance auprès des usagers etc..

Plusieurs interventions cliniques pour la prévention et le traitement sont effectuées par l'équipe des soins critiques auprès des usagers en respectant les plus hauts standards d'excellence et de qualité. Ceci permettant de réduire les risques d'infection notamment auprès des clientèles sous ventilation assistée ou porteuse d'un cathéter intravasculaire ou urinaire. Les usagers sont surveillés pour détecter les signes de septicémie et recevoir les interventions nécessaires à la prise en charge.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'unité des soins critiques du Centre hospitalier régional du Grand-Portage utilise des procédures et des outils cliniques validés pour recueillir l'information sur l'utilisateur et de la consigner afin de l'utiliser de manière sécurisée pour constituer un dossier exact et complet. Les professionnels font appel à des protocoles rigoureux qui s'appuient sur les données probantes à jour et qui reflètent les meilleures pratiques en prestation de soins critiques. Le processus de surveillance des pratiques de tenue de dossiers respecte le cadre législatif en vigueur et est utilisé dans une perspective d'amélioration continue pour assurer l'intégrité des données privées du patient dans le respect des exigences en matière de confidentialité et de droit des usagers.

L'organisme est invité à mettre en place des politiques et des procédures sur l'entreposage et la conservation des dossiers en s'appuyant sur les règles édictées par les archives nationales du Québec.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Une approche proactive est présente dans les équipes pour identifier les risques et mettre en place les mesures de prévention nécessaires dans une perspective d'amélioration de la qualité.

A ce juste titre, un suivi rigoureux des principaux indicateurs pour réduire les risques de septicémie sont effectués au quotidien, principalement pour les clientèles sous ventilation assistée ayant un risque de pneumonie et les usagers porteurs de cathéters centraux ou urinaires. Ainsi les possibilités d'amélioration clinique sont décelées rapidement et la mise en place de mesures correctives illustrent un faible taux de bactériémie aux soins intensifs critiques.

Les équipes sont encouragées à inclure plus formellement dans leur plan d'amélioration de la qualité, des objectifs mesurables associés à des échéanciers précis en lien avec les principaux indicateurs ci-haut mentionnés, pour réduire les risques de septicémie en respectant les standards du programme québécois pour la prestation sécuritaire des soins.

L'organisme est encouragé à poursuivre le déploiement des caucus opérationnels dans les services afin de faciliter la diffusion des résultats auprès des équipes de soins.

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

Avec la collaboration d'une conseillère, l'équipe des soins critiques est soucieuse d'accompagner avec bienveillance et professionnalisme, les familles des donneurs tout au long du processus de dons d'organes et de tissus. Un protocole rigoureux est en place pour le don d'organes par décès neurologique ou par décès cardio-respiratoire. Des corridors de service sont établis avec les centres de la région de Québec pour faciliter le transfert des donneurs permettant la réalisation de la transplantation des organes et des tissus destinés au receveur.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des résidents et des familles.	!
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.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec l'utilisateur ou le résident, la famille ou le soignant pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	POR
8.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur ou le résident, la famille, les prestataires de soins ou le soignant (selon le cas) et consigné.	PRINCIPAL
8.5.2 Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est comparé avec les ordonnances de médicaments rédigées à l'admission, et tous les écarts entre les sources d'information sont décelés, réglés et consignés.	PRINCIPAL
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'utilisateur ou du résident.	PRINCIPAL
9.19 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR

9.19.1	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
9.19.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	PRINCIPAL
9.19.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	PRINCIPAL
9.19.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</li> </ul>	SECONDAIRE

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

7.12 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive. !

13.6 Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des résidents de manière sécurisée sont suivies. !

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. !

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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. !

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.



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



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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Ce processus n'a pas été évalué lors de la visite de transition

##### Processus prioritaire : Compétences

De nombreuses activités de formation et de perfectionnement sont offertes au personnel, notamment en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des équipements, la prévention des comportements réactifs des résidents et les soins palliatifs et les services en fin de vie. Les personnes rencontrées soulignent que les formations aux préposés à l'entretien ménager et aux préposés aux bénéficiaires sont peu fréquentes. Une attention particulière devrait être portée à ces groupes.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

Une pochette d'accueil en CHSLD est remise et commentée au moment de l'admission. On y précise les droits et responsabilités des résidents, ainsi que les mécanismes permettant de porter plainte. Les comités des résidents et les comités milieu de vie sont actifs et impliqués dans les activités d'amélioration continue des soins et services.

Deux pratiques organisationnelles requises (POR) ne sont pas rencontrées: le bilan comparatif des médicaments et l'information pertinente aux soins communiquée de façon efficace aux points de transition. On encourage l'établissement à travailler prioritairement sur ces critères afin d'assurer une conformité aux normes de sécurité.

Les observations dans le milieu ont permis de constater que l'usage de deux identificateurs uniques est bien respecté au moment de dispenser les soins et les services.

Le programme de prévention des chutes, le programme de prévention des plaies de pression, ainsi que l'évaluation du risque suicidaire sont appliqués conformément aux politiques élaborées par les anciens CSSS. Il importe que ces programmes soient harmonisés dans le contexte du CISSS et qu'ils soient mis en place.

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

Les personnes rencontrées démontrent une sensibilité aux enjeux éthiques. Toutefois, on constate qu'aucune question éthique n'a été adressée au comité d'éthique clinique dans les dernières années. Il



est recommandé de tirer avantage de l'expertise offerte par le comité d'éthique clinique de l'établissement.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'implication des usagers et des familles en CHSLD est bien présente en ce qui concerne l'élaboration des plans de soins et de services. On encourage l'établissement à impliquer davantage des résidents partenaires dans des activités reliées à l'organisation des services, conformément à une approche de soins centrés sur la personne.

Des projets d'amélioration de la qualité sont mis de l'avant. Ils sont bien alignés avec les priorités de la direction SAPA. Il importe que l'ensemble de ces projets soient bien structurés et que les actions soient bien définies, de même que les échéanciers et les indicateurs de résultats.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.1 De la formation et du perfectionnement sont fournis sur la façon de travailler auprès des usagers en pédiatrie et des jeunes pour assurer la sécurité et l'efficacité des soins.	!
6.5 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
6.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des usagers et des membres de l'équipe.	!
6.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.13 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
14.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
14.4 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.	!
14.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!

15.1	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.	!
15.2	Des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
16.5	Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.	!
16.8	Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.	!
16.10	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en œuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Ce processus n'a pas été évalué lors de la visite de transition.

##### Processus prioritaire : Compétences

Le perfectionnement et la formation sont définis selon la diversité de patients et suite à un retour avec les patients et familles. La formation sur les pompes à perfusion est répétée tous les 2 ans. Le programme de formation de soins en fin de vie est bien élaboré et la formation s'offre en 3 volets, soit la loi sur l'aide médicale à mourir, l'approche pour les patients et familles pour apporter les sujets de soins palliatifs, et une formation axée sur les rôles particuliers, soit les infirmières, les préposés aux patients. Le tout doit être complété à 80% des employés impliqués d'ici 2020.

Les compétences des employés sont évaluées tous les 3 ans, selon la politique ainsi que selon les attentes de la Directrice ses soins infirmiers. Pour ce qui est des soins de pédiatrie, l'organisme se fie à l'expertise des préposés aux soins; une formation de base pour les infirmières qui s'occupent de pédiatrie serait de mise, surtout que le volume de patients est très bas. Un nouveau programme de contention a été harmonisé pour la région et implanté dans chaque établissement.

Deux fois par semaine, l'équipe multidisciplinaire se rencontre pour revoir tous les patients.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Il n'y a pas de preuves que les droits et responsabilités des patients sont transmis de façon consistante. Par contre les droits de certains patients, tels ceux en fin de vie, sont transmis aux patients et aux familles.

Le programme de soins vitaux des aînés est bien implanté dans le service pour les patients de 75 ans et plus si jugés en état cognitif normal et pour les patients de 65 ans et plus si leur état cognitif est déjà affecté. Des mesures de surveillance et de prévention sont mises en place selon le résultat de l'évaluation.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Le dossier du patient est uniquement papier, hors les rapports d'imagerie et de laboratoires. Le département de Pharmacie conserve une copie informatisée des médicaments prescrits et envoie chaque jour aux étages de soins le formulaire pour consigner les médicaments donnés aux patients. Périodiquement, le gestionnaire fait des audits des dossiers pour s'assurer des bonnes pratiques de la tenue des dossiers.


**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**




Toutes les politiques et procédures sont développées de façon régionale afin d'harmoniser les services. Selon les gestionnaires dans ce service, l'équipe qui mène les projets de développement suit un protocole de développement et doit utiliser des données probantes. Le retour avec les usagers n'est cependant pas fait pour décider entre des lignes directrices contradictoires. Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement mais pas avec l'apport des patients et familles.


Une approche globale et proactive pour cerner et mitiger les risques est à développer, avec un lien plus étroit avec l'équipe de santé et sécurité au travail et avec l'apport des usagers et familles.

Nous encourageons l'organisme à développer et formaliser des projets d'amélioration de la qualité qui sont initiés par les différents services. Il serait de mise que chaque service ou unité de soins développe un ou deux projets d'amélioration de la qualité, et ensuite partage les résultats avec leurs collègues.

## Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.6 Le rôle du service des urgences est clairement défini dans le plan d'intervention en vue de sinistres ou d'urgences tous risques de l'organisme.	!
2.6 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.	!
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>4.9.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion.</li> <li>• Examiner les données tirées des pompes intelligentes.</li> <li>• Examiner les évaluations des compétences.</li> <li>• Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe.</li> </ul> <p>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.</p>	  <b>PRINCIPAL</b>  <b>SECONDAIRE</b>  <b>SECONDAIRE</b>



4.13	De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie.	!
4.14	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
6.6	De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>		
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).	  <b>PRINCIPAL</b>
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.	
10.6	Pour réduire au minimum les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre et évaluée.	  <b>SECONDAIRE</b>
10.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	<b>SECONDAIRE</b>
10.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	<b>SECONDAIRE</b>
10.7	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	  <b>PRINCIPAL</b>
10.7.1	Les usagers à risque de suicide sont cernés.	<b>PRINCIPAL</b>
10.7.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	<b>PRINCIPAL</b>
10.7.3	Les besoins de sécurité immédiats de l'utilisateur chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.	<b>PRINCIPAL</b>
10.7.4	Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.	<b>PRINCIPAL</b>

10.7.5	La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
12.16	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
12.16.1	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.	<b>PRINCIPAL</b>
12.16.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	<b>PRINCIPAL</b>
12.16.4	L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	<b>PRINCIPAL</b>
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"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</li> </ul>	<b>SECONDAIRE</b>

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

16.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	
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 est encouragée à réaliser son plan de réaménagement pour corriger ses problèmes de rangement de matériels souillés et propres de même que sa salle de rencontre privé.

La qualité du dernier exercice de désastre est à noter.

La transparence, la qualité et le dévouement du personnel sont à signaler.

##### Processus prioritaire : Compétences

L'organisme est encouragé à se doter d'un programme formel sur la formation et la recertification dans l'utilisation des pompes à perfusion et d'en vérifier l'efficacité.

L'équipe est encouragée à améliorer ses compétences dans la prise en charge des patients en fin de vie et en soins palliatifs.

L'équipe est félicitée pour ses efforts dans la diffusion et la formation du personnel sur la gestion de la violence en milieu de travail.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'établissement du bilan comparatif des médicaments (BCM) ne fait pas encore partie des pratiques du service. L'équipe est encouragée à l'intégrer considérant les bénéfices pour la sécurité des patients.

L'équipe est également encouragée à mesurer l'efficacité du programme de prévention des chutes à l'urgence.



Le transfert d'information aux points de transition gagnerait à être plus formalisé et documenté.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe est encouragée à explorer la possibilité de passer au dossier électronique.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe est félicitée pour l'inventaire des risques effectué à l'occasion de la rédaction du plan de réaménagement.

L'équipe est encouragée à formaliser son processus de sélection des lignes directrices et à favoriser la participation des usagers dans ses activités de planification et d'amélioration de la qualité.

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

Ce processus n'a pas été évalué lors de la visite de transition.

## Rétroaction sur les centres de déficience intellectuelle, déficience physique et centre de jeunesse

### Prévention et contrôle des infections

#### La Mitis RAC Jumelé 1 (DI-TSA) :

La formation est donnée aux préposés et auxiliaires en santé et services sociaux et a été répétée cette année. Tous les produits de lavage des mains sont sécurisés hors de la portée des résidents. Les préposés encouragent les résidents à se laver les mains suite à la visite aux toilettes en dirigeant le résident vers l'évier et en répétant les consignes. Les préposés font toujours usage de gants lorsqu'ils font des interventions avec les résidents. Faire des audits sur le lavage des mains serait de mise.

#### Centre de jour Lausanne à Rimouski :

La formation est donnée aux intervenants et une procédure pour le lavage des jouets a été élaborée. Le nettoyage s'effectue de façon hebdomadaire.

#### Point de service Centre Jeunesse à Rimouski :

La formation est donnée aux intervenants. Ils veulent adapter la formation à leur réalité.

#### Jeunes en difficulté d'adaptation de Rimouski-Neigette :

La formation est donnée aux intervenants.

### Environnement Physique

#### La Mitis RAC Jumelé 1 (DI-TSA) :

La résidence est attachée à une autre résidence pour des adultes avec des troubles cognitifs, des troubles graves de comportement ou des déficiences intellectuelles. Le site visité était pour des adultes. L'environnement physique est sécurisé mais aurait besoin de beaucoup de rénovations. Un projet de construction pour héberger tous les résidents des 5 sites vient d'être autorisé par le gouvernement.

#### Centre de jour Lausanne à Rimouski :

Site est encombré et aurait besoin d'un rafraichissement et d'entretien. Le site est sécuritaire.

#### Point de service Rimouski :

Site très propre et sécuritaire.

#### Jeunes en difficulté d'adaptation de Rimouski-Neigette :

Le site est très propre et sécuritaire. Le milieu de vie est considéré pour faciliter la trajectoire de vie des enfants.

**Préparation aux mesures d'urgences****La Mitis RAC Jumelé (DI-TSA) :**

Un plan d'urgence est en place et le plan pour les incendies est bien établi et l'équipe est en contact fréquent avec le département de pompiers. Il serait de mise de faire des pratiques ou simulations sans impliquer les résidents car cela pourrait déstabiliser les résidents.

**Centre de jour Lausanne à Rimouski :**

Un plan d'urgence est en place et le plan pour les incendies est bien établi et l'équipe est en contact fréquent avec le département de pompiers. Des exercices d'évacuation sont faits impliquant l'ensemble des résidents. Les rôles et responsabilités sont bien connus des intervenants.

**Point de service Centre Jeunesse à Rimouski :**

Il serait de mise de faire des pratiques ou simulations sans impliquer les résidents car cela pourrait déstabiliser les résidents.

**Jeunes en difficulté d'adaptation de Rimouski-Neigette :**

Un plan d'urgence est en place et le plan pour les incendies est bien établi et l'équipe est en contact fréquent avec le département de pompiers. Des exercices d'évacuation sont faits impliquant l'ensemble des résidents. Les rôles et responsabilités sont bien connus des intervenants.

**Déclaration et divulgation des incidents :****La Mitis RAC Jumelé 1 (DI-TSA) :**

Tous les incidents avec les résidents ou les employés sont déclarés selon la politique. La divulgation au résident ou à la personne responsable, si c'est le cas, est consignée au dossier.

**Centre de jour Lausanne à Rimouski :**

Tous les incidents avec les résidents ou les employés sont déclarés selon la politique. La divulgation au résident ou à la personne responsable, si c'est le cas, est consignée au dossier.

**Point de service Centre Jeunesse à Rimouski :**

Tous les incidents avec les résidents ou les employés sont déclarés selon la politique. La divulgation au résident ou à la personne responsable, si c'est le cas, est consignée au dossier. Une cartographie des risques adaptée à leur clientèle est voie de marche.

**Jeunes en difficulté d'adaptation de Rimouski-Neigette :**

Tous les incidents avec les résidents ou les employés sont déclarés selon la politique. La divulgation au résident ou à la personne responsable, si c'est le cas, est consignée au dossier. Une cartographie des risques adaptée à leur clientèle est réalisée.