Agrément Canada
Conseil québécois d'agrément

# Rapport d'agrément

## Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Sherbrooke, QC

Dates de la visite d'agrément : 16 au 21 octobre 2016

Date de production du rapport : 17 février 2017

ACCREDITATION AGRÉMENT CANADA

CQA CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT
ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ
SUPPORTING INTEGRATED QUALITY MANAGEMENT

# Au sujet du rapport

Dans le cadre de la participation du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) au programme d'agrément conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, une visite a eu lieu en octobre 2016. Ce rapport 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 et le Conseil québécois d'agrément se fient à l'exactitude de ces renseignements pour planifier et tenir la visite, ainsi que pour produire le rapport d'agrément.

# Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel; il est fourni par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément uniquement à l'organisme. Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément ne présentent ce rapport à aucune autre partie.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément encouragent 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 compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

© Agrément Canada/Conseil québécois d'agrément, 2017

# Un mot d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément

Au nom d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, nous tenons à féliciter votre organisme de sa participation au programme conjoint d'agrément. Celui-ci est conçu de manière à s'intégrer à votre processus d'amélioration continue de la qualité des services. En utilisant ses composantes pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous pouvez bénéficier de sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend le type d'agrément qui vous est décerné ainsi que les résultats finaux de votre récente visite et les différentes données découlant des outils que votre organisme a soumis. De plus, l'information contenue dans votre rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, représente un guide important pour vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste en agrément.

Nous vous remercions de maintenir votre partenariat avec Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Nous tenons également à souligner le leadership et l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme conjoint d'agrément pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour votre établissement, votre clientèle et vos services.

Cordiales salutations,

Leslee Thompson
Directrice générale

Paul St-Onge
Président

# Table des matières

**Sommaire** 1

Décision relative au type d'agrément 1

Au sujet de la visite d'agrément 2

Analyse selon les dimensions de la qualité 4

Analyse selon les normes 5

Aperçu par pratiques organisationnelles requises 7

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs 16

**Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises** 18

**Résultats détaillés de la visite** 21

Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires 22

Processus prioritaire : Gouvernance 22

Processus prioritaire : Planification et conception des services 24

Processus prioritaire : Gestion des ressources 26

Processus prioritaire : Capital humain 27

Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité 29

Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes 31

Processus prioritaire : Communication 32

Processus prioritaire : Environnement physique 34

Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence 36

Processus prioritaire : Cheminement des clients 38

Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux 39

Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires 41

Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population - Intégration horizontale des soins 41

Ensemble de normes : Services de santé publique - Intégration horizontale des soins 42

Résultats pour les normes sur l'excellence des services 43

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service 44

Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d’organes et de tissus - Secteur ou service 47

Ensemble de normes : Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés) - Secteur ou service 51

Ensemble de normes : Normes sur le don d'organes de donneurs vivants - Secteur ou service 55

Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service 59

Ensemble de normes : Services d'urgence - Secteur ou service 61

Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service 67

Ensemble de normes : Services de santé publique - Secteur ou service 73

Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service 76

Ensemble de normes : Services palliatifs et services de fin de vie - Secteur ou service 81

Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives - Secteur ou service 87

Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service 92

Ensemble de normes : Soins et services à domicile - Secteur ou service 98

**Résultats des outils d'évaluation** 103

Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers 103

**Commentaires de l'organisme** 105

**Annexe A - Processus prioritaires** 106

# Sommaire

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont des organismes privés, indépendants à but non lucratif. Ils établissent des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé et services sociaux. Les CIUSSS et CISSS agréés par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont 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 d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences du programme d'agrément en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance, la mobilisation du personnel et l'expérience vécue par l'usager. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

Étant donné l'accent que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) met sur la qualité et la sécurité, il participe au programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément. Les renseignements contenus dans ce rapport ont été compilés après la visite de l'organisme. Le rapport 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.

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément tiennent à féliciter votre 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.

## Décision relative au type d'agrément

La décision relative au type d'agrément du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) est :

**Le Centre intégré dzyƛØŜŃăƛŭI-ƛŃŴŜ ŘŜ santé et de services sociaux de f49ăŭŃŴƛŜ π / ŜyŭŃŴŜ K2ăLJƛŭI-fƛŜŃŴ dzyƛØŜŃăƛŭI-ƛŃŴŜ ŘŜ {KŜŃŴōŃŴ22ʅŜ ó/ I ¦ {ú conserve le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé, et ce jusqu'à ce que la prochaine décision relative au type d'agrément soit prise en 2018.**

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

# Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 16 au 21 octobre 2016**

- **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 de Farnham
2. Centre d'hébergement de Richmond
3. Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture
4. Centre d'hébergement Saint-Joseph
5. Centre d'hébergement Saint-Vincent
6. Centre d'hébergement Villa-Bonheur
7. Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook
8. Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
9. Centre de santé et de services sociaux du Granit
10. Centre de santé et de services sociaux du Granit -Point de service de Lac-Mégantic
11. Centre de santé et de services sociaux du Granit -Point de service de Lambton
12. CIUSSS de l'Estrie - CHUS - 300 King Est
13. CIUSSS de l'Estrie - CHUS - Édifice Murray
14. CLSC - Urgence mineure - Centre d'hébergement de Windsor
15. CLSC de Cookshire
16. CLSC de Cowansville-du-Sud
17. CLSC de Richmond
18. CLSC et Centre d'hébergement de Bedford
19. CLSC King Est
20. CLSC Yvan-Duquette
21. Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
22. Hôpital de Granby
23. Hôpital et centre d'hébergement Argyll
24. Hôpital et centre d'hébergement D'Youville
25. Hôpital Fleurimont
26. Hôpital, CLSC et centre d'hébergement d'Asbestos
27. Hôtel-Dieu de Sherbrooke

- **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. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

***Normes portant sur des populations spécifiques***

5. Santé et bien-être de la population

***Normes sur l'excellence des services***

6. Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus - Normes sur l'excellence des services
7. Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés) - Normes sur l'excellence des services
8. Normes sur le don d'organes de donneurs vivants - Normes sur l'excellence des services
9. Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
10. Services d'urgence - Normes sur l'excellence des services
11. Services de médecine - Normes sur l'excellence des services
12. Services de santé publique - Normes sur l'excellence des services
13. Services de soins intensifs - Normes sur l'excellence des services
14. Services palliatifs et services de fin de vie - Normes sur l'excellence des services
15. Services périopératoires et les interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
16. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
17. Soins et services à domicile - Normes sur l'excellence des services

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

## 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.) | 86 | 9 | 0 | 95 |
| Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.) | 82 | 6 | 0 | 88 |
| Sécurité (Assurez ma sécurité.) | 501 | 59 | 8 | 568 |
| Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.) | 119 | 26 | 5 | 150 |
| Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.) | 429 | 36 | 5 | 470 |
| Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.) | 75 | 4 | 0 | 79 |
| Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.) | 827 | 104 | 11 | 942 |
| Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.) | 54 | 9 | 1 | 64 |
| **Total** | **2173** | **253** | **30** | **2456** |

## 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 |
| Gouvernance | 37 (80,4%) | 9 (19,6%) | 4 | 29 (90,6%) | 3 (9,4%) | 4 | 66 (84,6%) | 12 (15,4%) | 8 |
| Leadership | 33 (71,7%) | 13 (28,3%) | 3 | 69 (71,9%) | 27 (28,1%) | 0 | 102 (71,8%) | 40 (28,2%) | 3 |
| Prévention et contrôle des infections | 41 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 29 (100,0%) | 0 (0,0%) | 2 | 70 (100,0%) | 0 (0,0%) | 2 |
| Gestion des médicaments | 73 (93,6%) | 5 (6,4%) | 0 | 61 (95,3%) | 3 (4,7%) | 0 | 134 (94,4%) | 8 (5,6%) | 0 |
| Santé et bien-être de la population | 4 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 35 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 | 39 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 |
| Les normes sur la transplantation d’organes et de tissus | 78 (96,3%) | 3 (3,7%) | 6 | 117 (99,2%) | 1 (0,8%) | 0 | 195 (98,0%) | 4 (2,0%) | 6 |
| Les normes sur le don d’organes et de tissus (donneurs décédés) | 51 (100,0%) | 0 (0,0%) | 3 | 85 (88,5%) | 11 (11,5%) | 0 | 136 (92,5%) | 11 (7,5%) | 3 |
| Normes sur le don d'organes de donneurs vivants | 64 (98,5%) | 1 (1,5%) | 1 | 115 (98,3%) | 2 (1,7%) | 0 | 179 (98,4%) | 3 (1,6%) | 1 |

| 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 |
| Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables | 48 (92,3%) | 4 (7,7%) | 1 | 56 (91,8%) | 5 (8,2%) | 2 | 104 (92,0%) | 9 (8,0%) | 3 |
| Services d'urgence | 62 (87,3%) | 9 (12,7%) | 0 | 94 (87,9%) | 13 (12,1%) | 0 | 156 (87,6%) | 22 (12,4%) | 0 |
| Services de médecine | 42 (93,3%) | 3 (6,7%) | 0 | 71 (92,2%) | 6 (7,8%) | 0 | 113 (92,6%) | 9 (7,4%) | 0 |
| Services de santé publique | 44 (93,6%) | 3 (6,4%) | 0 | 66 (95,7%) | 3 (4,3%) | 0 | 110 (94,8%) | 6 (5,2%) | 0 |
| Services de soins intensifs | 43 (86,0%) | 7 (14,0%) | 0 | 104 (90,4%) | 11 (9,6%) | 0 | 147 (89,1%) | 18 (10,9%) | 0 |
| Services palliatifs et services de fin de vie | 32 (71,1%) | 13 (28,9%) | 0 | 87 (82,9%) | 18 (17,1%) | 3 | 119 (79,3%) | 31 (20,7%) | 3 |
| Services périopératoires et les interventions invasives | 99 (86,1%) | 16 (13,9%) | 0 | 103 (94,5%) | 6 (5,5%) | 0 | 202 (90,2%) | 22 (9,8%) | 0 |
| Soins de longue durée | 39 (72,2%) | 15 (27,8%) | 0 | 79 (79,8%) | 20 (20,2%) | 0 | 118 (77,1%) | 35 (22,9%) | 0 |
| Soins et services à domicile | 47 (95,9%) | 2 (4,1%) | 0 | 73 (96,1%) | 3 (3,9%) | 0 | 120 (96,0%) | 5 (4,0%) | 0 |
| **Total** | **837 (89,0%)** | 103 (11,0%) | 18 | 1273 (90,6%) | 132 (9,4%) | 11 | 2110 (90,0%) | 235 (10,0%) | 29 |

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|---|---|---|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| **But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité** | | | |
| Analyse prospective liée à la sécurité des usagers (Leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 1 sur 1 |
| Divulgation des événements (Leadership) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| Gestion des événements (Leadership) | Conforme | 6 sur 6 | 1 sur 1 |
| Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 2 sur 2 |
| Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| **But en matière de sécurité des patients : Communication** | | | |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services d'urgence) | Conforme | 4 sur 4 | 0 sur 0 |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de médecine) | Non Conforme | 2 sur 5 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|---|---|---|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| **But en matière de sécurité des patients : Communication** | | | |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de soins intensifs) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services palliatifs et services de fin de vie) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et les interventions invasives) | Non Conforme | 0 sur 5 | 0 sur 0 |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins et services à domicile) | Non Conforme | 1 sur 4 | 0 sur 1 |
| Identification des usagers (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Identification des usagers (Normes sur le don d'organes de donneurs vivants) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Identification des usagers (Services d'urgence) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Identification des usagers (Services de médecine) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Identification des usagers (Services de soins intensifs) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|---|---|---|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| **But en matière de sécurité des patients : Communication** | | | |
| Identification des usagers (Services palliatifs et services de fin de vie) | Non Conforme | 0 sur 1 | 0 sur 0 |
| Identification des usagers (Services périopératoires et les interventions invasives) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Identification des usagers (Soins de longue durée) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Identification des usagers (Soins et services à domicile) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership) | Conforme | 4 sur 4 | 2 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 (Les normes sur la transplantation d’organes et de tissus) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes sur le don d'organes de donneurs vivants) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et les interventions invasives) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Les normes sur la transplantation d’organes et de tissus) | Non Conforme | 3 sur 4 | 1 sur 1 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|---|---|---|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| **But en matière de sécurité des patients : Communication** | | | |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Normes sur le don d'organes de donneurs vivants) | Non Conforme | 2 sur 4 | 0 sur 1 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services d'urgence) | Non Conforme | 1 sur 4 | 0 sur 1 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de médecine) | Conforme | 4 sur 4 | 1 sur 1 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services de soins intensifs) | Non Conforme | 1 sur 4 | 0 sur 1 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services palliatifs et services de fin de vie) | Conforme | 4 sur 4 | 1 sur 1 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et les interventions invasives) | Conforme | 4 sur 4 | 1 sur 1 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée) | Non Conforme | 1 sur 4 | 0 sur 1 |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins et services à domicile) | Non Conforme | 4 sur 4 | 0 sur 1 |
| **But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments** | | | |
| Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments) | Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 0 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|---|---|---|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| **But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments** | | | |
| Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments) | Conforme | 5 sur 5 | 3 sur 3 |
| Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments) | Non Conforme | 4 sur 4 | 0 sur 1 |
| Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments) | Non Conforme | 3 sur 4 | 0 sur 0 |
| Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments) | Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 0 |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion (Normes sur le don d'organes de donneurs vivants) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services d'urgence) | Non Conforme | 3 sur 4 | 2 sur 2 |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services de médecine) | Non Conforme | 3 sur 4 | 2 sur 2 |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services de soins intensifs) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services palliatifs et services de fin de vie) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion (Services périopératoires et les interventions invasives) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|---|---|---|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| **But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments** | | | |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion (Soins de longue durée) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| Sécurité liée aux pompes à perfusion (Soins et services à domicile) | Conforme | 4 sur 4 | 2 sur 2 |
| **But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail** | | | |
| Cheminement des usagers (Leadership) | Conforme | 7 sur 7 | 1 sur 1 |
| Plan de sécurité des usagers (Leadership) | Conforme | 2 sur 2 | 2 sur 2 |
| Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership) | Conforme | 5 sur 5 | 3 sur 3 |
| Programme d'entretien préventif (Leadership) | Conforme | 3 sur 3 | 1 sur 1 |
| Sécurité des usagers : formation et perfectionnement (Leadership) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| **But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections** | | | |
| Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 2 sur 2 |
| Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 0 sur 0 |
| Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections) | Conforme | 1 sur 1 | 2 sur 2 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|---|---|---|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| **But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections** | | | |
| Vaccin antipneumococcique (Soins de longue durée) | Conforme | 2 sur 2 | 0 sur 0 |
| **But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques** | | | |
| Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins et services à domicile) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des chutes (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des chutes (Normes sur le don d'organes de donneurs vivants) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des chutes (Services d'urgence) | Non Conforme | 0 sur 3 | 0 sur 2 |
| Prévention des chutes (Services de médecine) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des chutes (Services de soins intensifs) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des chutes (Services palliatifs et services de fin de vie) | Non Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 2 |
| Prévention des chutes (Services périopératoires et les interventions invasives) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des chutes (Soins de longue durée) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des chutes (Soins et services à domicile) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|---|---|---|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| **But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques** | | | |
| Prévention des plaies de pression (Services de médecine) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des plaies de pression (Services de soins intensifs) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des plaies de pression (Services palliatifs et services de fin de vie) | Non Conforme | 3 sur 3 | 0 sur 2 |
| Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et les interventions invasives) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention des plaies de pression (Soins de longue durée) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prévention du suicide (Services d'urgence) | Conforme | 5 sur 5 | 0 sur 0 |
| Prévention du suicide (Soins de longue durée) | Non Conforme | 4 sur 5 | 0 sur 0 |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Normes sur le don d'organes de donneurs vivants) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services de médecine) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |

| Pratique organisationnelle requise | Cote Globale | Cote - Test de conformité | |
|---|---|---|---|
| | | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| **But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques** | | | |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services de soins intensifs) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (Services périopératoires et les interventions invasives) | Conforme | 3 sur 3 | 2 sur 2 |
| Soins de la peau et des plaies (Soins et services à domicile) | Conforme | 7 sur 7 | 1 sur 1 |

# 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 conseil d'administration, en place depuis un an, s'est rapidement mis en action pour répondre au mandat confié par le législateur. Il s'est doté d'une structure de fonctionnement composée de comités qui ont des mandats spécifiques. Chacun des membres du conseil d'administration s'implique activement sur un ou deux comités.

Reconnaissant les exigences d'une restructuration majeure, les membres du conseil et ceux des comités se sont engagés à respecter les calendriers de rencontres afin d'accompagner le rythme accéléré de la transformation. Les membres du conseil d'administration reconnaissent l'importance du programme d'Agrément Canada et ont consacré beaucoup de temps et d'énergie. Cependant, plusieurs exigences normatives doivent être actualisées, et ce, malgré les progrès importants que nous avons notés. Les membres du conseil d'administration ont commencé des travaux auprès de la communauté en organisant des rencontres dans chaque territoire ainsi que dans quelques municipalités régionales de comté (MRC). Ces efforts devront être maintenus pour s'assurer de bien se connaître réciproquement.

La direction du CIUSSS de l'Estrie - CHUS s'est engagée à mettre en place la nouvelle organisation. La planification se poursuit et fait l'objet d'un suivi rigoureux. La progression rapide des travaux de mise en œuvre a permis l'amorce des activités du système de gestion d'amélioration de la performance. Il est à noter que l'offre de services à la population a été maintenue sans interruption pendant cette phase de transition et de consolidation. C'est une grande réalisation!

Cette période de transformation conjuguée aux réductions de ressources financières et humaines a créé beaucoup de l'insécurité et de fatigue parmi le personnel et les gestionnaires. Le plan opérationnel est en continuité avec le plan stratégique ministériel. Les leaders ont aussi su intégrer des composantes territoriales, ce qui a favorisé un meilleur alignement. L'organisation s'est aussi dotée d'un modèle de performance qui place l'usager partenaire au centre des soins et services. Il reste encore beaucoup de travail avant d'implanter une véritable culture centrée sur les usagers et la famille, mais la volonté d'y arriver est établie et définie comme une priorité organisationnelle.

Dans cette première visite, 27 installations ou points de services ont fait l'objet d'une analyse de conformité des normes et pratiques organisationnelles requises. L'implication des instituts universitaires et autres services de soutien au transfert des connaissances est nécessaire pour assurer des services de qualité et sécuritaires de façon équitable dans toutes les installations de l'établissement.

Bien que certaines pratiques doivent être mises en œuvre ou poursuivies, dans plusieurs secteurs il a été observé des initiatives novatrices. Il sera possible pour la direction de partager et d'implanter à l'ensemble de ses secteurs les meilleures pratiques constatées au cours de cette visite. Une réelle volonté de la direction d'agir en ce sens est observée.

En terminant, mentionnons que la culture du partenariat de soins et de services avec les usagers demandera un effort soutenu de l'organisation pour respecter les nouveaux critères édictés d'Agrément Canada depuis janvier 2016.

# Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

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

| Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité | Ensemble de normes |
|---|---|
| **But en matière de sécurité des patients : Communication** | |
| **Transfert de l'information aux points de transition des soins**<br>L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. | · Services d'urgence 12.16<br>· Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus 16.3<br>· Normes sur le don d'organes de donneurs vivants 17.3<br>· Soins et services à domicile 9.10<br>· Soins de longue durée 9.19<br>· Services de soins intensifs 9.21 |
| **Identification des usagers**<br>En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. | · Services palliatifs et services de fin de vie 9.2 |
| **Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins**<br>Si les soins comportent la gestion des médicaments (ou que le clinicien juge cette gestion appropriée), un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager. | · Services périopératoires et les interventions invasives 11.6<br>· Services de médecine 8.5<br>· Soins et services à domicile 8.6 |

| Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité | Ensemble de normes |
|---|---|
| **But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments** | |
| **Sécurité liée aux pompes à perfusion**<br>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. | · Services de médecine 3.8<br>· Services d'urgence 4.9 |
| **Sécurité liée à l'héparine**<br>L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits à l'héparine afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents nocifs liés aux médicaments ne sont pas entreposées dans les unités de soins. | · Gestion des médicaments 9.3 |
| **Programme de gérance des antimicrobiens**<br>L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens. NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes. | · Gestion des médicaments 2.3 |
| **But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques** | |
| **Prévention des chutes**<br>Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée. | · Services d'urgence 10.6<br>· Services palliatifs et services de fin de vie 8.7 |
| **Prévention des plaies de pression**<br>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. | · Services palliatifs et services de fin de vie 8.8 |

| Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité | Ensemble de normes |
|---|---|
| **Prévention du suicide**<br>Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. | · Soins de longue durée 8.8 |

# 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 clients porte sur 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 patients sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou le service.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, justifient 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 A 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 |
| POR | 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 : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Ensemble de normes : Gouvernance** | | |
| 2.7 | Les nouveaux membres du conseil d'administration reçoivent une orientation avant de participer à leur première réunion. | |
| 3.1 | Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel d'éthique et de critères éclairés par des données probantes pour le guider dans ses décisions. | ! |
| 3.4 | Le conseil d'administration dispose de processus pour surveiller les fonctions liées à la vérification et aux finances, à la qualité et à la sécurité, ainsi qu'à la gestion du personnel talentueux. | ! |
| 5.4 | Le conseil d'administration surveille et évalue les initiatives de l'organisme pour élaborer et maintenir une culture de soins centrés sur les usagers et leur famille. | ! |
| 7.9 | Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme. | ! |
| 9.3 | Le conseil d'administration revoit le rendement financier de l'organisme dans le cadre du plan stratégique et des secteurs de rendement principaux tels que l'utilisation des ressources, les risques et la sécurité. | ! |
| 9.5 | Le conseil d'administration supervise les décisions relatives à l'allocation des ressources dans le cadre du cycle régulier de planification. | ! |

| | | |
|---|---|---|
| 11.3 | Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir, mettre en oeuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme. | |
| 11.4 | Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages aux usagers et à leur famille, aux membres de l'équipe, aux parties prenantes et à la communauté. | |
| 12.3 | Le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soient en place. | ! |
| 13.6 | Le conseil d'administration évalue régulièrement le rendement de son président selon des critères établis. | ! |
| 13.7 | Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet. | ! |

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

Le conseil d'administration œuvre, diligemment avec l'équipe de leadership, à la fois à la mise en place de la nouvelle organisation et aussi à assurer l'accessibilité de services dans cette période de grande transformation.

Les grandes fonctions de gouvernance sont de façon générale bien rencontrées. Dans un premier temps le conseil d'administration a appuyé les décisions prises par l'administration pendant la période transitoire, c'est à dire entre la nomination du Président- directeur général et la nomination des membres du conseil d'administration.

L'organisme est invité à soutenir les efforts de communication à l'interne et à l'externe, particulièrement avec les diverses communautés. Leur engagement dans le succès de l'organisation est capital. L'adoption d'un plan de communication globale dans les prochaines semaines viendra appuyer ces efforts. Le projet progresse bien.

Le renforcissement des communications avec les communautés est très important pour communiquer la vision de l'organisation et du conseil d'administration à vouloir développer une véritable culture centrée sur les usagers et leur famille.

## Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Ensemble de normes : Leadership** | | |
| 1.5 | Des politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers sont élaborées et mises en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 1.6 | L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme. | |
| 4.1 | Un processus vise à élaborer ou à mettre à jour l'énoncé de mission avec l'apport des membres de l'équipe, des usagers, des familles et des principales parties prenantes. | |
| 4.12 | Les politiques et les procédures concernant l'ensemble des fonctions, des opérations et des systèmes clés de l'organisme sont documentées, autorisées, mises en oeuvre et mises à jour. | |
| 6.2 | Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme. | |
| 6.3 | Les plans opérationnels précisent les ressources, les systèmes et les infrastructures nécessaires pour offrir les services, pour réaliser le plan stratégique et pour atteindre les buts et les objectifs. | |
| 7.3 | Des partenariats sont établis avec d'autres organismes de la communauté en vue de fournir et de coordonner les services de façon efficace et efficiente. | ! |
| 12.1 | Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels. | ! |

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

L'ampleur du travail accompli en ce qui concerne la planification et la conception des services est impressionnante compte tenu de l'ampleur de la tâche. Déjà, des partenariats importants avec la communauté sont établis quoique certains doivent toujours être formalisés. La planification annuelle est bien alignée avec la planification stratégique du ministère. L'établissement a su y mettre des saveurs locales en utilisant ses connaissances du milieu.

Il reste encore à coordonner le cycle de planification des activités avec l'allocation des ressources. Aussi avec le temps il sera plus facile d'intégrer l'apport des communautés dans cette planification.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Ensemble de normes : Leadership** | | |
| 8.1 | L'attribution des ressources fait partie du cycle régulier de planification de l'organisme. | |
| 8.2 | Les budgets annuels d'exploitation et d'immobilisations sont préparés conformément aux politiques et procédures financières de l'organisme. | ! |
| 8.4 | L'apport des parties prenantes internes et externes est obtenu lors de la prise de décisions sur l'attribution des ressources. | |
| 8.10 | Les rapports de rendement financier comprennent une analyse de l'utilisation des ressources et présentent des possibilités d'améliorer efficacement cette utilisation. | ! |

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

De façon générale, la gestion des ressources est rigoureuse et a une approche centrée sur les besoins des communautés. Cependant, l'organisation est à ses débuts. Il reste encore à intégrer le cycle de planification générale de l'organisation à celui de l'attribution des ressources.

Des progrès importants ont été réalisés au cours de la dernière année et l'organisation est encouragée à poursuivre ses développements au niveau des politiques et procédures de façon à se doter d'un cadre financier adéquat qui permettra de bien aligner l'allocation des ressources avec les priorités organisationnelles.

L'établissement a développé un service de vérification interne ce qui est assez avant-gardiste et qui permettra d'optimiser les contrôles internes, de réviser systématiquement la qualité des systèmes, des pratiques et des processus de gestion.

## Processus prioritaire : Capital humain

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

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Ensemble de normes : Leadership** | | |
| 2.5 | Une politique qui porte sur le signalement des comportements qui vont à l'encontre du code de conduite, sur les enquêtes connexes et sur la résolution des problèmes de comportement est élaborée et mise en oeuvre. | |
| 2.6 | Des stratégies sont élaborées dans le but d'aider les membres de l'équipe à prendre en charge leur santé. | ! |
| 2.8 | Du soutien à la formation et au perfectionnement professionnel du personnel est offert. | |
| 2.11 | L'état de fatigue et de stress des membres de l'équipe est suivi et des mesures sont prises pour atténuer les risques liés à la sécurité qui s'y rattachent. | |
| 10.2 | Des stratégies de maintien des effectifs sont mises en place. | |
| 10.4 | De la formation et du perfectionnement sont offerts dans l'ensemble de l'organisme pour favoriser et améliorer la culture de soins centrés sur l'usager et la famille. | |
| 10.5 | Un plan de gestion du personnel talentueux qui comprend des stratégies de développement des compétences et des capacités de leadership au sein de l'organisme est établi. | |
| 10.11 | Les politiques et les procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme. | ! |
| 10.12 | Les politiques et les procédures de l'organisme qui permettent de surveiller le rendement indiquent la façon de traiter les problèmes liés au rendement de façon juste et objective. | |
| 10.13 | Des entrevues de départ sont proposées aux membres des équipes qui quittent l'organisme et les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs. | |

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

Les fonctions reliées au capital humain ont été rapidement mises en œuvre pour s'assurer que l'offre de service à la clientèle soit maintenue pendant la phase critique de consolidation des anciennes organisations en une nouvelle. En soi, cela représentait un travail colossal. L'équipe a aussi été mobilisée pour s'assurer que l'organisation atteint les objectifs de réduction des effectifs. Une démarche a été établie et a été suivie.

L'harmonisation des processus et systèmes de gestion en matière de ressources humaines a débuté, mais il reste encore beaucoup à faire sur le terrain. L'équipe doit constamment évaluer les capacités organisationnelles afin de réaliser l'harmonisation des processus complexes et qui souvent touchent l'ensemble des secteurs de l'organisation.

Pour s'assurer de bien communiquer avec l'ensemble du personnel les fonctions ressources humaines sont supportées par le service des communications. Le rapprochement de ses fonctions a été grandement utile dans une période de grand changement.

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Ensemble de normes : Leadership** | | |
| 3.3 | Les équipes, les usagers et leur famille reçoivent du soutien afin d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour participer aux activités d'amélioration de la qualité. | |
| 3.6 | Le personnel d'encadrement discute régulièrement avec les usagers et leur famille afin d'obtenir leur point de vue et d'être informé de leurs connaissances au sujet des possibilités d'amélioration afin d'en tenir compte. | |
| 3.11 | Les membres de l'équipe, les usagers et les familles qui participent aux activités d'amélioration de la qualité sont reconnus pour leur travail. | |
| 12.2 | Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques. | ! |
| 12.3 | Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme établit des plans d'atténuation des risques. | ! |
| 12.4 | La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme. | ! |
| 12.5 | L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées. | |
| 12.6 | Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, les politiques et les procédures qui portent sur la sélection des services contractuels et des prestataires de services en sous-traitance, ainsi que sur la négociation des contrats, sont respectées. | |
| 12.7 | Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, la qualité des services contractuels et de ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance est évaluée régulièrement. | |
| 15.3 | Une stratégie pour prévenir le mauvais traitement des usagers est élaborée et mise en oeuvre. | ! |

| | | |
|---|---|---|
| 16.2 | Un processus défini est suivi pour sélectionner et surveiller les processus et les mesures de résultats à l'échelle de l'organisme dans le but d'évaluer le rendement de ce dernier d'un point de vue stratégique. | ! |
| 16.3 | Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille et appuie les divers secteurs de services, les unités et les programmes pour qu'ils assurent le suivi des indicateurs de processus et de résultats qui leur sont propres et qui s'harmonisent aux buts et objectifs stratégiques plus larges de l'organisme. | ! |

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

Au niveau de la gestion intégrée de la qualité, on observe des progrès majeurs concernant l'harmonisation des systèmes et des pratiques. Rapidement, les équipes se sont mobilisées autour de la préparation de la visite d'agrément. La démarche a été rigoureuse et inclusive de tous les secteurs de l'organisation allant du conseil d'administration, aux services cliniques et de soutien.

Le leadership de l'équipe de la Direction de la qualité de l'évaluation, de la performance et de l'éthique doit être souligné. L'organisation s'est assurée de bien connaître et de comprendre l'état de la situation des installations du réseau antérieur qui font maintenant partie du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, pour alimenter la démarche actuelle.

L'intégration de l'usager et de sa famille à tous les niveaux de l'organisation notamment, dans la structure, les processus et la performance, bien qu'identifiée en terme d'orientation, demeure à être implantée à travers l'organisation.

Dans le domaine de la gestion intégrée des risques et le volet relié à la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers, le CIUSSS de l'Estrie - CHUS est bien avancé. Pour ce qui est du volet organisationnel, une démarche avec un consultant externe débutera prochainement. La fonction de vérification interne est en implantation.

## Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Ensemble de normes : Leadership** | | |
| 1.10 | Du soutien est fourni afin de renforcer la capacité du conseil d'administration, du personnel d'encadrement et des équipes à utiliser le cadre d'éthique. | |
| 1.12 | L'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique est utilisée afin d'améliorer la qualité des services. | |

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

Il faut reconnaître la qualité et la compétence des membres de l'équipe du comité d'éthique clinique et organisationnel (CÉCO) et du comité d'éthique de la recherche (CÉR). Le processus pour la rédaction du cadre de référence en éthique clinique et organisationnelle a été réalisé avec la collaboration de l'usager et plusieurs intervenants internes. Les activités en matière d'éthique organisationnelle, clinique et de recherche ont été maintenues lors de la transition.

Un plan de formation et de communication est en cours de déploiement. Il reste à rendre la culture de l'éthique présente dans les opérations cliniques et organisationnelles pour aider les intervenants, les médecins, les gestionnaires et les administrateurs à fonder leurs décisions sur des principes éthiques reconnus.

## Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|---|
| **Ensemble de normes : Leadership** | |
| 7.5 Un plan de communication porte sur la diffusion de l'information de l'organisme aux parties prenantes internes et externes et sur l'obtention de renseignements auprès de celles-ci. | |

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

Initiée par la direction générale du CIUSSS de l'Estrie - CHUS dès sa création, et reprise par le conseil d'administration, une réflexion structurée et mobilisatrice a pris forme autour des valeurs communes à l'organisation. 2500 employés ont d'ailleurs signifié leur choix, de même que 500 personnes de la population estrienne dans l'identification de 3 valeurs organisationnelles caractéristiques : humanisme, engagement, adaptabilité. Des séances de travail ont également soutenu l'appropriation par les différentes directions de ces valeurs.

Un plan de communication interne est en développement et plusieurs actions structurantes comme la tournée des milieux ont déjà été entreprises auprès de l'ensemble des membres du personnel avec des amorces de résultats positifs pour l'organisation. Les rencontres avec le personnel soulignent avec force l'important travail à faire pour motiver l'adhésion à la nouvelle identité. Par ailleurs, les échanges avec les usagers et les communautés indiquent de manière assez évidente un degré d'incompréhension généralement répandu et amplifié par l'ajout de l'acronyme CIUSSS à celui du CHUS.

Un plan de communication externe est également en développement. Des échanges avec les conseils, le comité des usagers et les instances syndicales ont été effectués. Toutefois, au moment de la visite, la contribution des parties prenantes apparaît relativement restreinte et de nature informative plutôt que participative. Si les tests de l'image de marque auprès des usagers constituent une étape dans le travail d'information de l'organisme auprès de la population, les leaders sont vivement encouragés à poursuivre le travail afin que le credo organisationnel du « pour et avec » les usagers se concrétise effectivement dans la participation au développement de la stratégie de communication et particulièrement pour articuler le site internet.

Au chapitre de la mise en commun de l'information et du partage de connaissances, l'expertise acquise et la rigueur de l'organisme sont à souligner et doivent permettre d'alimenter son positionnement sur les choix d'avenir pour répondre aux besoins de ses activités cliniques, d'enseignement et de recherche.

L'équipe du leadership informationnel est bien structurée et méthodiquement préparée pour relever les défis et les enjeux qu'elle identifie avec clarté. Ils ont été testés au cours de plusieurs traceurs durant la visite notamment la plateforme de partage de données CIUSSS, la navigation simplifiée dans la valise de garde, la vue longitudinale des épisodes de soins par le dossier clinique informatisé (Ariane Estrie), la journalisation des contrôles d'accès aux dossiers médicaux, le registre d'autorité d'accès à l'information, la gouvernance des données et les demandes de renseignement faites par des usagers.

De nombreux tableaux de bord sont disponibles et clairement intégrés aux pratiques décisionnelles et pour plusieurs des groupes les utilisant. Toutefois, le suivi de l'évolution d'indicateurs significatifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques dans plusieurs secteurs cliniques, administratifs et de soutien reste à consolider.

L'organisme est encouragé à poursuivre sa démarche critique d'analyse prospective et de conciliation des écarts qui pourraient s'installer entre son approche informationnelle clinique/académique actuelle et celles qui pourraient émerger dans un contexte de gestion et de mobilité en changement.

L'organisme est, par ailleurs, invité à exercer une vigilance adaptée, accrue et systémique pour assurer la précision des transferts d'information aux points de transition, la cohérence globale du codage des accès aux espaces restrictifs, l'uniformité des pratiques de documentation écrite manuelle, la protection des données personnelles. Le rehaussement de la qualité de la signalisation identifié par les personnes rencontrées dans plusieurs installations pourrait constituer une avenue de participation inclusive et active des usagers, des familles et du personnel.

Les pratiques collaboratives interdisciplinaires et entre les directions sont également vivement encouragées afin de répondre aux besoins de différents groupes, mieux diffuser l'information en soutien à l'harmonisation des processus. Ces actions répondent en partie à l'objectif de transparence de l'organisation auprès de ses partenaires internes et de ses partenaires externes.

## Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives** | | |
| 3.1 | L'aménagement physique de la salle d'opération ou d'intervention et l'équipement sont conçus de manière à tenir compte du déplacement des usagers, des allées et venues, des types d'intervention effectuée, de l'ergonomie et de la logistique qui accompagne la circulation de l'équipement. | |
| 3.2 | Le secteur où se déroulent les interventions invasives est constitué de trois niveaux d'accès de plus en plus limité : zone d'accès non limité, zone d'accès modéré et zone d'accès limité. | ! |
| 3.6 | La circulation et la qualité de l'air dans le secteur où les interventions chirurgicales et invasives sont réalisées sont surveillées et maintenues, et ce, conformément aux normes applicables pour le type d'interventions pratiquées. | ! |
| 3.7 | Les salles où sont effectuées les interventions chirurgicales et invasives ont au moins 20 changements d'air total par heure. | ! |
| 3.9 | La salle d'opération ou d'intervention est dotée d'une zone d'entreposage d'accès limité pour le matériel stérile. | ! |

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

L'état général des infrastructures de l'organisme témoigne de son engagement à créer et maintenir un environnement physique sécuritaire, aménagé en fonction de la qualité des soins et services aux usagers et du confort du milieu de vie des résidents. La grande majorité des installations visitées sont en bonne condition d'entretien et de maintenance. Plusieurs secteurs présentent un niveau d'encombrement élevé que l'organisme explique en partie comme résultant de l'augmentation significative des volumes d'activités, par exemple pour le service alimentaire de l'Hôpital et centre d'hébergement Argyll. Malgré tout, l'encombrement noté n'affecte pas le haut niveau de propreté des lieux, relevé lors de la visite.

Certains environnements présentent toutefois un état de vétusté marqué que l'organisme a clairement identifié et pour lesquels des plans fonctionnels et techniques sont dressés comme l'urgence de l'Hôpital Fleurimont, le bloc opératoire de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins et l'une des unités du centre d'hébergement Marie-Berthe Couture. Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS a plusieurs unités modèles en soins intensifs, en salle d'urgence et au bloc opératoire. L'organisme est encouragé à poursuivre ses travaux de

relèvement uniformisé de la qualité et de la sécurité de ses environnements en fonction de ses propres succès organisationnels.

L'identification de l'état des systèmes critiques dans l'ensemble des installations du CIUSSS de l'Estrie - CHUS est documentée, tout comme les audits de contrôle effectués par le personnel de maintenance et les compagnies externes. Les systèmes d'urgence comprenant les alarmes, les gicleurs, et les extincteurs, ainsi que les systèmes de ventilation, de climatisation, et les groupes électrogènes de secours sont fonctionnels, entretenus et testés selon un calendrier préétabli.

Le souci et le travail de réduction de l'empreinte environnementale de l'organisme ont été constatés. Le projet de l'Atelier de récupération à l'Hôtel-Dieu est un exemple à souligner qui, tout en permettant l'intégration sociale de personnes vivant avec des troubles de santé mentale, favorise l'écoresponsabilité environnementale de l'organisme et le développement économique durable par la récupération de carton, papier, matières organiques et recyclables.

Les initiatives de l'organisme dans le développement de partenariats pour le transport en commun avec la Société de transport de Sherbrooke, actif avec le vélo et partagé avec Communauto, témoignent également de la volonté organisationnelle de s'inscrire dans une approche de développement durable. L'organisme est encouragé à poursuivre, à consolider et à amplifier la portée de ses actions tout en maximisant les partenariats structurants avec les milieux universitaires et industriels avoisinants et en agissant comme levier dans l'ensemble des milieux dans lesquels il est établi.

Les commentaires et la participation des usagers et des familles, de même que les rétroactions des employés demeurent un potentiel à exploiter pleinement. Des actions sont entreprises comme en témoigne la modification des pratiques de polissage excessif des planchers dans des milieux d'hébergement. Toutefois, ces actions pourraient faire l'objet d'échos plus significatifs dans l'ensemble des sites afin de donner un sens concret à l'approche « pour et avec » les usagers.

## Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

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

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|---|
| **Ensemble de normes : Leadership** | |
| 14.5 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. | ! |

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

L'équipe responsable des mesures de préparation en vue d'une situation d'urgence regroupe les personnes clés de l'organisme possédant un degré élevé de maîtrise des processus opérationnels, tactiques et stratégiques. Les membres ont un sens pointu du travail de précision dans la réalisation de leur mandat. La fusion des modèles de sécurité civile, de mesures d'urgence et de santé publique débutée en septembre 2015 se poursuit activement et donne des résultats probants dans la capacité de l'organisme à gérer efficacement des situations de crise d'amplitude variée tant au niveau local qu'à l'échelle territoriale. Le volet santé publique est adéquatement intégré. La mise sur pied d'une centrale d'appel téléphonique (29911) est identifiée comme un élément facilitant pour diriger adéquatement la cascade et l'escalade des notifications. L'intégration de la valise de garde incluant un accès électronique des cadres pour les situations de communication, sécurité civile, mesures d'urgence et de santé publique est une force. La mise en tension des réponses est effectuée de manière centralisée, intégrée et progressive vers le haut de la pyramide organisationnelle.

Des évènements comme ceux de Lac-Mégantic, du parc industriel de Sherbrooke, de la tuberculose active en milieu communautaire ont contribué au raffinement de l'expertise de l'équipe tout en lui permettant de standardiser des mécanismes de collaboration et de décision entre autres avec les instances municipales, les corps policiers, les services préhospitaliers et de sécurité civile. Ces atouts sont clairement identifiés par des partenaires externes contactés durant la visite tels que le service des incendies des municipalités de Sherbrooke et Magog.

Les échanges avec des gestionnaires de la strate intermédiaire de l'organisme et du personnel opérationnel mettent cependant en lumière une variabilité notable selon le milieu, de la compréhension des étapes à suivre en cas de situations d'urgence ainsi que d'interruption planifiées et non planifiées des systèmes.

L'organisme est en processus de filtrage des plans de sécurité qui existaient et des procédures locales particulièrement pour les centres d'hébergement. Le travail est guidé par un souci constant de déployer les meilleures pratiques reconnues tout en facilitant une approche de transition façonnée en fonction des caractéristiques du milieu.

L'organisme est encouragé à poursuivre activement sa démarche méthodique sur la formation et l'information interne au niveau opérationnel de base. La rapidité et la pertinence des interventions de gestion de crises d'évènements pourraient rapidement être mises à profit pour soutenir l'identification des risques et le rehaussement de la capacité dans des secteurs d'activités actuellement vulnérables. L'exemplarité du mode d'organisation de la buanderie centrale est à cet égard inspirante.

Des formations ont été données à 768 personnes en 2015-2016 comparativement au total de 1729 personnes en 2014-2015. La participation varie de manière significative selon la spécificité hospitalière ou d'hébergement selon le milieu et le secteur géographique. Au moment de la visite, il est difficile d'établir un portrait global de l'état de la formation concernant le plan d'intervention pour toutes les situations d'urgence.

L'organisme est invité à considérer l'examen d'une révision des codes de mesures d'urgence dans l'ensemble des équipes sur les différents sites. Les échanges, avec du personnel des unités de soins et des services de soutien, permettent d'identifier des zones de vulnérabilité, au niveau de la connaissance des codes, de leur application et des activités à faire sur le sujet. L'organisme est encouragé à soutenir une pratique régulière des exercices d'évacuation.

## Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Ensemble de normes : Services d'urgence** | | |
| 3.8 | Des processus et procédures normalisés sont suivis pour coordonner le transfert entre établissements ou vers d'autres équipes de soins à l'intérieur de l'organisme. | |
| 3.9 | La planification des congés est effectuée avec d'autres services et programmes de soins de santé et elle comprend l'information au sujet des acheminements. | |

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

Un processus sur la gestion des cheminements des clients est en place. Bien que l'établissement soit nouvellement créé, certains de ces processus ont été établis de longue date grâce à la collaboration et au leadership des établissements qui forment maintenant la nouvelle entité.

Il est aussi intéressant de constater la convergence des actions pour l'atteinte d'objectifs communs déployés par plusieurs services ; ces actions étant déployées soient en parallèle ou en séquence. Avec le temps, il serait intéressant que ces divers services puissent se doter d'indicateurs et de mesure de rendement communs de façon à maximiser les interventions et les bénéfices sur les usagers.

Assurément, il reste encore l'harmonisation du processus, entre les pratiques et les systèmes de gestion d'un endroit à l'autre. À titre d'exemple : le processus de planification de congé et où les retours des usagers dans les CHSLD à la suite d'une visite à un service d'urgence, est à améliorer.

## Processus prioritaire : Équipement et dispositifs médicaux

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

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Ensemble de normes : Leadership** | | |
| 9.4 | Un processus structuré et transparent est en place pour sélectionner et acheter l'équipement, les instruments et les appareils médicaux, ainsi que pour choisir des fournisseurs compétents. | |
| 9.6 | Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés. | |
| **Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables** | | |
| 1.2 | L'organisme revoit son plan opérationnel et l'information qu'il recueille au sujet du volume de services et de l'utilisation de l'équipement afin de déterminer quels services de retraitement et de stérilisation il sera en mesure d'offrir. | |
| 1.3 | L'équipe collabore avec d'autres intervenants au sein de l'organisme afin de limiter l'utilisation de la stérilisation rapide aux urgences et de ne jamais y avoir recours pour les ensembles complets d'instruments ou les appareils implantables. | ! |
| 1.5 | La personne désignée relève directement de la haute direction de l'organisme ou de la direction générale. | |
| 1.6 | L'organisme dispose du bon agencement d'effectifs en nombre adéquat pour réaliser les activités de retraitement et de stérilisation. | |
| 2.4 | Tous les superviseurs et les membres du personnel qui participent aux activités de retraitement ont réussi un cours reconnu sur le retraitement et la stérilisation. | |
| 3.3 | Le service de retraitement des appareils médicaux est conçu de manière à empêcher la contamination croisée de l'équipement ou des appareils, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les différentes aires de travail. | ! |
| 8.5 | L'équipe suit les directives du fabricant pour choisir les méthodes de nettoyage appropriées. | ! |

| | | |
|---|---|---|
| 9.2 | L'équipe suit les PON, le manuel d'utilisation du stérilisateur ainsi que les directives des fabricants en ce qui concerne les appareils et l'équipement au moment de charger le stérilisateur. | |
| 11.3 | Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie comportent des aires de travail séparées pour le nettoyage et la décontamination, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié. | ! |
| **Ensemble de normes : Services périopératoires et les interventions invasives** | | |
| 4.8 | Les articles contaminés sont transportés vers l'unité de retraitement dans un contenant approprié. | ! |
| 4.11 | La stérilisation rapide est utilisée dans la salle d'opération ou d'intervention en cas d'urgence, mais jamais pour les ensembles complets d'instruments ou les appareils implantables. | ! |

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

Plusieurs unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) en fonction dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS ont été visitées. D'importantes améliorations doivent être mise en place dans certaines URDM. En effet, pour deux URDM, la direction est très consciente de tous les aspects non conformes. Elle détient un état de situation exhaustif ainsi qu'un plan d'action. L'organisme est encouragé à élaborer son plan d'amélioration en précisant les actions urgentes demandant un correctif immédiat.

Parmi les points à améliorer il y a :
L'équipement de retraitement ultrason est non conforme dans un site. Il ne permet pas le retraitement adéquat et sécuritaire pour l'instrumentation de la chirurgie de cataracte. L'organisme est encouragé à considérer la suspension temporaire du retraitement des plateaux d'instruments pour la chirurgie de la cataracte dans ce site.
Une révision du plan de main d'œuvre en ressources humaines pour le titre d'emploi de préposé à la stérilisation (P.A.S.). Plusieurs sites sont à très haut risque de rupture de service, car il y a une grande difficulté à assurer le remplacement de l'équipe de base ;

La disponibilité d'armoires ventilées respectant les normes doit être présente dans tous les services d'endoscopie ;

Le respect et l'application de « l'annexe 5 » définie par le Ministère de la Santé et de Services sociaux (MSSS) ;

De poursuivre l'implantation et le déploiement des stratégies de traçabilité des instruments ;

En terminant, l'organisme est encouragé à soutenir les gestionnaires en place couvrant un vaste territoire géographique, car le défi est grand considérant que des travaux d'envergure sont à réaliser.

# Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires

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

Les processus prioritaires propres aux normes sur les populations spécifiques sont les suivants :

**Santé et bien-être de la population**

- Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

## Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population - Intégration horizontale des soins

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|---|
| **Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population** | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |

| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) |
|---|
| **Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population** |

L'équipe de santé et de bien-être de la population s'est rapidement mise en œuvre à la suite de la création de la nouvelle organisation. Face à ses responsabilités et à ses nouvelles fonctions, elle a rapidement su consolider les actions antérieures des anciennes organisations.

L'équipe est organisée et structurée et a su installer une approche hautement rigoureuse. L'apport des clients, de leur famille et des communautés est présent dans les programmes et les services. L'approche rigoureuse mise en place permet de bien évaluer les services et de faire les modifications appropriées basées sur des données probantes. Il s'ensuit des améliorations tangibles sur le plan des services. La très grande préoccupation d'impliquer les usagers et la famille permettra d'intégrer facilement l'approche centrée sur les familles et les usagers dans la planification et l'organisation des services

## Ensemble de normes : Services de santé publique - Intégration horizontale des soins

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|---|
| **Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population** | |

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

| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) |
|---|
| **Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population** |

Plusieurs activités menées en partenariat avec le milieu municipal et scolaire visent directement l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie de même que l'augmentation de l'activité physique. Les projets en appui à la prévention des maladies chroniques comme « Bien manger, bien bouger » ou « Prendre soin de notre monde » témoignent manifestement du leadership de l'organisme sur le sujet.

L'organisme est encouragé à donner suite aux recommandations de sa direction de santé publique afin de soutenir les activités de promotion de la santé auprès des communautés anglophones et immigrantes et de mettre à profit leurs forces vives.

L'organisme est également encouragé à poursuivre les initiatives de renforcement de la capacité des individus à faire des choix responsables en matière d'habitudes de vie qui sont déployés sur le territoire. Le potentiel d'implication des usagers, des familles et des communautés est à cet égard une mine d'opportunités à exploiter. L'exemplarité de nombreux projets mérite qu'ils puissent être transférés de manière systématique par le biais de la formation, du soutien à l'action communautaire et intersectorielle. La mise en œuvre en milieu clinique de pratiques cohérentes aux politiques organisationnelles est un défi auquel l'organisme est invité à poursuivre avec le même souci d'exemplarité et d'implication des usagers et des familles (par exemple, lutte au tabagisme, saine alimentation).

## 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 :

**Don d'organes (donneur vivant)**

- Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do

**Transplantation d'organes et de tissus**

- Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.

**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’usager 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 prestateurs de services, les clients et les familles.

**Banques de sang et services transfusionnels**

- Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.

**Santé publique**

- Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.

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

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Gestion des médicaments** | | |
| 2.3 | L'organisme dispose d'un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation des antimicrobiens.<br><br>NOTA : Cette POR s'appliquera uniquement aux organismes qui offrent des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, des services de traitement du cancer et de la réadaptation en milieu hospitalier, ou des soins continus complexes. | POR |
| | 2.3.5 L'organisme établit des mécanismes pour évaluer le programme de façon continue et partage les résultats avec les parties concernées à l'interne. | **SECONDAIRE** |
| 2.10 | Le comité interdisciplinaire élabore un processus visant l'utilisation des échantillons de médicaments. | |
| 2.11 | Le comité interdisciplinaire élabore un processus pour l'utilisation des médicaments expérimentaux qui est conforme aux règlements de Santé Canada. | |
| 6.5 | L'organisme a accès à un pharmacien en tout temps, sur place ou sur appel, pour répondre aux questions sur les médicaments ou la gestion des médicaments. | ! |
| 8.2 | L'organisme dispose d'une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système informatique de la pharmacie. | ! |

| | | |
|---|---|---|
| 8.4 | L'organisme teste régulièrement le système informatique de la pharmacie pour s'assurer que les alertes incluses dans le système fonctionnent bien. | ! |
| 9.3 | L'organisme évalue et limite la disponibilité des produits à l'héparine afin de s'assurer que les doses pouvant causer des incidents nocifs liés aux médicaments ne sont pas entreposées dans les unités de soins. | POR |
| 9.3.3 | L'organisme prend des mesures pour limiter la disponibilité des produits suivants à l'héparine dans les unités de soins :<br>• l'héparine de faible masse moléculaire : l'utilisation de fioles à usage multiple est réservée aux unités de soins intensifs pour le dosage des traitements;<br>• les produits à l'héparine non fractionnés (dose élevée) : total supérieur ou égal à 10 000 unités par contenant (par ex., 10 000 unités/1 ml; 10 000 unités/10 ml; 30 000 unités/30 ml) est fourni uniquement à certains usagers lorsque nécessaire;<br>• les produits à l'héparine non fractionnés administrés par intraveineuse : par ex., 25 000 unités/500 ml; 20 000 unités/500 ml sont fournies uniquement à certains usagers lorsque nécessaire. | **PRINCIPAL** |
| 9.5 | La pharmacie dispose d'un processus de détection et de résolution des problèmes liés à l'expédition des médicaments. | ! |
| 11.5 | L'organisme vérifie régulièrement les limites incontournables et les limites contournables établies, et il fait les changements qui s'imposent. | |
| 12.8 | L'organisme réduit au minimum le recours à des fioles à usage multiple dans les unités de soins. | ! |

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

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Le département de pharmacie du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, s'est doté d'une structure de gouverne du circuit de médication intégrant tous les services de pharmacie comprenant des comités interdisciplinaires et s'assurant d'une participation de tous les programmes impliqués dans la gestion des médicaments. La mise en place des comités opérationnels est en cours de réalisation.

La nouvelle structure du département de pharmacie représente un gain en efficience pour tous les départements de pharmacie de l'organisation par exemple la rédaction d'un seul protocole pour encadrer l'aide médical à mourir pour l'ensemble des départements de pharmacie. Une première procédure sur l'administration de l'insuline a été élaborée par le comité de pharmacologie et est en processus d'implantation dans toutes les installations.

Les départements de pharmacie sont propres et modernes. L'aménagement des espaces permet un travail sécuritaire lors de la préparation des médicaments et assure la protection du personnel et la qualité du produit à administrer

Le dossier clinique informatisé demeure un défi afin d'assurer l'accès aux renseignements de l'usager et des médicaments et ainsi assurer la qualité du circuit des médicaments de la prescription jusqu'à l'administration des médicaments. Cette harmonisation facilitera la prise en charge de l'usager lors d'un transfert à l'intérieur ou entre les différents réseaux locaux de services. L'implantation en cours du logiciel Omni-assistant sera une aide précieuse pour la gestion documentaire.

L'intégration à la structure d'un professionnel chargé d'utilisation sécuritaire des médicaments est une initiative à souligner. Il participe aussi à l'harmonisation des politiques et des procédures et appuie les activités d'amélioration de la qualité et de la sécurité liées à la gestion des médicaments.

Le circuit du médicament est 100% implanté au niveau des processus, mais n'est pas totalement réalisé selon des audits faits sur le cheminement de la prescription.

## Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus - Secteur ou service

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus** | | |
| | L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |
| 1.10 | Les SAO reçoivent chaque année une liste des chirurgiens spécialistes en transplantation qualifiés et autorisés à effectuer des interventions de prélèvement des organes. | ! |
| **Processus prioritaire : Compétences** | | |
| 4.8 | De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. | |
| 6.8 | 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. | ! |
| **Processus prioritaire : Épisode de soins** | | |
| 7.12 | Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec le receveur potentiel et la famille, et il est consigné. | ! |
| 16.3 | L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. | POR |
| 16.3.2 | Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. | **PRINCIPAL** |
| **Processus prioritaire : Aide à la décision** | | |
| | L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| **Processus prioritaire : Impact sur les résultats** | | |
| | L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| **Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)** | | |

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

Au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, tous les éléments faisant partie de la trajectoire de soins et services pour une transplantation rénale sont bien définis dans un programme basé sur des lignes directrices reconnues et celles de Transplant Québec. Ce programme comporte une description détaillée de tous les soins et services recommandés pour s'assurer d'une standardisation et d'une uniformisation de ces derniers, et ce, dans un environnement sécuritaire. À titre d'exemple, au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, on peut mentionner l'utilisation au bloc opératoire de la liste de contrôle d'une chirurgie et l'identification des usagers qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse et chez qui une thromboprophylaxie appropriée est indiquée. Par ailleurs, les règles entourant toute la notion de consentement éclairé y sont détaillées. Il est important de mentionner qu'un contrôle serré est exercé pour s'assurer du respect de l'application de ce programme par tous les membres de l'équipe.

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Le programme de transplantation d'organes et de tissus du CIUSSS de l'Estrie - CHUS comporte une offre de services complète pour le volet de la greffe rénale. Cette dernière est conçue avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.

Transplant Québec est un partenaire très influant qui facilite la mise en place et l'encadrement du programme. À cet égard, il faut souligner l'excellent travail effectué par l'équipe en ce qui a trait à l'élaboration et la mise à jour des outils cliniques et du manuel des PON qu'utilisent les membres de l'équipe pour offrir des soins et services sécuritaires.

**Processus prioritaire : Compétences**

Le programme de greffe rénale peut compter sur l'expertise de ressources humaines compétentes qui bénéficient d'un encadrement clinique de qualité. Un processus d'orientation structuré permet de s'assurer que les connaissances de ces ressources nécessaires à la dispensation sécuritaire des soins au greffé tout au long de son épisode de soin sont acquises.

Par ailleurs, de la formation dont celle reliée aux pompes à perfusion, et du perfectionnement sont offerts régulièrement aux membres de l'équipe afin de maintenir à jour leurs connaissances dans le domaine de la transplantation rénale. Des échanges formels et informels entre les médecins et les autres professionnels des unités des soins intensifs, de néphrologie et de la clinique favorisent le travail multidisciplinaire et constituent aussi un autre moyen de rehausser leurs connaissances.

L'organisme est toutefois invité à mieux préparer les intervenants de ces secteurs à travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. De plus, de la formation sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail constituerait un atout pour les prestataires de soins qui assurent le suivi des greffés à l'unité des soins intensifs et à l'unité de médecine-néphrologie durant les premiers jours après la greffe.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les usagers qui sont acceptés dans le programme de greffe rénale du CIUSSS de l'Estrie - CHUS pour recevoir un rein ont accès à une gamme de soins et services de qualité et sécuritaires. Ces derniers sont planifiés en partenariat avec les usagers et leurs familles et en fonction de leurs besoins.

Le plan de soins qui accompagne un futur greffé aurait avantage à être consigné dans les outils déjà utilisés dans l'organisme. Ces outils de consignation ne sont pas encore utilisés par les membres de l'équipe de la clinique de greffe. L'organisme est donc invité à implanter à court terme ce type d'outil.

Par ailleurs, l'organisme est félicité pour l'usage de la double identification unique et l'application d'une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes auprès du greffé tout au long de son épisode de soins.

Un effort devra également être fait pour que l'information pertinente aux soins dispensés à l'usager soit communiquée de façon efficace aux points de transition des soins lorsqu'un futur greffé sera pris en charge par une autre équipe que celle de la clinique de greffe le cas échéant. L'organisme est invité à finaliser l'implantation des outils prévus à cet effet dans ce secteur.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe de transplantation d'organes et de tissus au CIUSSS de l'Estrie - CHUS est en place depuis plusieurs années et fait preuve d'une grande expertise dans le domaine de la greffe rénale.

Les dossiers cliniques parallèles de près de 500 usagers sont conservés et consignés à la clinique de greffe afin de permettre à l'équipe d'offrir des soins et services sécuritaires.

Les lois, les règlements ainsi que les politiques et procédures entourant la protection de la vie privée, les délais de conservation et la tenue de dossier sont respectés par les membres qui œuvrent à la clinique.

Des systèmes d'information adéquats soutiennent les activités cliniques des membres de l'équipe. L'organisme est invité à réactiver l'implantation du DSQ à cette clinique.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe fait preuve d'un grand souci d'offrir des soins et services de qualité. Ceci se reflète entre autres par l'examen systématique de chaque cas de transplantation par les membres de l'équipe afin de cerner les possibilités d'amélioration. Cette façon de faire s'inscrit dans la volonté de l'organisation qui mise sur le développement d'une culture de gestion de risques.

De plus, l'introduction récente d'un patient partenaire participant aux travaux du comité d'amélioration de la qualité du programme démontre l'importance qui est accordée à l'apport et au partenariat avec les usagers et les familles. L'équipe est encouragée à saisir toutes les occasions pour favoriser le plus possible cette implication de la clientèle.

Des indicateurs sont aussi utilisés pour suivre l’évolution du programme et ainsi permettre de cerner des pistes d’amélioration.

## Ensemble de normes : Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés) - Secteur ou service

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |
| 1.4 | Des politiques en matière de don d'organes et de tissus sont élaborées avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 1.5 | Une politique sur le don d'organes et de tissus à la suite d'une mort cardiaque est élaborée avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 4.1 | Un manuel des PON est à la disposition de tous les membres de l'équipe responsable des dons.<br><br>Référence CSA : Z900.1-03, 6.1. | |
| 4.2 | Le manuel des PON doit être signé et daté par le directeur médical ou son remplaçant désigné.<br><br>Référence CSA : Z900.1-03, 6.1. | |
| 4.3 | Chaque PON contient le titre et l'objectif de la procédure, un numéro d'identification unique, la date d'entrée en vigueur et des révisions, la signature de la ou des personnes qui ont approuvé le manuel et la date d'autorisation, un plan détaillé des étapes à suivre, la personne responsable de vérifier, de réviser et d'approuver la PON.<br><br>Référence CSA : Z900.1-03, 6.2. | |
| 4.4 | Des PON portent précisément sur les qualifications et les responsabilités des membres de l'équipe responsable des dons; les exigences relatives aux plans de soins des usagers; l'acheminement au SAO; l'évaluation de l'acceptabilité du donneur; la gestion des donneurs; les intervalles de temps pour le prélèvement, la préservation et l'entreposage des organes et tissus; la préparation et le traitement des tissus; le prélèvement des organes et des tissus; le traitement des cas exigeant l'intervention d'un médecin légiste ou d'un coroner; la distribution exceptionnelle; la stérilisation des instruments; et la tenue des dossiers pour les organes, les tissus, les réactifs et les fournitures. | |
| 4.6 | L'information sur la formation qu'a reçue l'équipe responsable des dons sur les PON est consignée. | |

| | | |
|---|---|---|
| 4.7 | Le respect des PON par les membres de l'équipe responsable des dons fait l'objet d'une vérification régulière par le directeur médical ou son remplaçant désigné. | |
| 4.10 | Tous les changements apportés aux PON font l'objet d'un suivi, et les numéros de version sont consignés. | |
| 4.11 | Les nouvelles PON et les PON révisées sont approuvées par le directeur médical ou son remplaçant désigné.<br><br>Référence CSA : Z900.1-03, 6.4. | |
| **Processus prioritaire : Compétences** | | |
| 5.9 | De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. | |

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

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

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

**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'Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie - CHUS est un centre désigné pour le don d'organes et de tissus (donneurs décédés). Son offre de services est conforme aux standards établis par Transplant Québec, Héma-Québec ainsi que Santé Canada qui sont des partenaires dans le programme. Bien que l'offre de services soit excellente, certains critères des normes d'Agrément Canada ne sont pas respectés. Toutefois, il faut souligner l'effort et l'excellent travail effectué par l'équipe depuis la dernière visite en ce qui a trait à l'élaboration des PON actuellement en cours et la mise à jour des outils cliniques du programme. On encourage l'organisme à finaliser les travaux d'élaboration des PON en cours qui permettront une meilleure gestion et un meilleur contrôle du programme en vigueur.

**Processus prioritaire : Compétences**

Le programme de don d'organes et de tissus du CIUSSS de l'Estrie - CHUS peut compter sur une équipe compétente composée d'une infirmière ressource et d'un médecin coordonnateur du don d'organes qui travaillent en étroite collaboration. Six infirmières se joignent à cette équipe de base pour assurer l'offre de services 7 jours sur 7, et ce 24 heures par jour.

Un processus d'orientation structuré permet de s'assurer que les connaissances de ces six infirmières sont à jour pour assurer le maintien d'une offre de services sécuritaires. Par ailleurs, de la formation et du perfectionnement sont offerts régulièrement aux membres de l'équipe afin de maintenir à jour leurs connaissances dans le domaine du don d'organes et de tissus.

L'organisme est toutefois invité à mieux préparer ces intervenants à travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'équipe qui accompagne les équipes soignantes utilise tous les outils recommandés pour permettre au CIUSSS de l'Estrie - CHUS de fournir toute l'information complète sur les donneurs potentiels et leurs antécédents.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe responsable du don d'organes et de tissus de donneurs décédés est en place depuis plusieurs années et fait preuve d'une grande expertise dans ce domaine.

L'ensemble des règles recommandées entourant le don d'organes dont le Règlement sur la sécurité des cellules, des tissus et d'organes humains destinés à la transplantation de Santé Canada est respecté.

L'équipe est reconnue par les intervenants et les familles qui bénéficient de son accompagnement tout au long du processus du don d'organe et l'équipe s'assure de l'application rigoureuse des procédures établies.

Des systèmes d'information adéquats soutiennent les activités cliniques des membres de l'équipe.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, l'environnement dans lequel œuvre l'équipe spécialisée en don d'organes et de tissus est favorable à l'application des règles et des procédures cliniques. En effet, des efforts sont déployés pour éliminer le plus possible les obstacles et les irritants qui peuvent nuire à l'application sécuritaire du programme. Pour y arriver, un comité d'amélioration continue du don d'organes et de tissus a été mis sur pied pour être en mesure d'offrir les meilleurs organes et tissus possible aux usagers en attente de greffe.

L'apport des usagers et des familles au sein de ce comité est souhaitable. L'organisme est donc invité à poursuivre ses démarches afin d'introduire à court terme un représentant des usagers au sein de ce comité. Ce comité pourra faciliter l'identification de projets d'amélioration de la qualité visant à améliorer la performance du programme.

L'équipe recueille régulièrement des données sous forme d'indicateurs pour suivre les progrès du programme. Dans ce contexte, il faut souligner les retombées positives du programme puisque la région a connu une croissance du nombre de dons d'organes et de références pour les dons de tissus parmi les plus importantes dans la province au cours de la dernière année.

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

Toutes les règles, les normes de pratique clinique et les directives administratives faisant partie du processus entourant le don d'organes et de tissus sont respectées au CIUSSS de l'Estrie - CHUS. L'équipe spécialisée dans ce domaine est généralement interpellée par les équipes soignantes qui identifient des donneurs potentiels pour être accompagnées. Dans ce contexte, un effort pourrait être fait pour sensibiliser davantage les intervenants concernant l'offre de services de cette équipe.

Par ailleurs, les familles des donneurs potentiels sont aussi accompagnées par cette équipe qui voit à les renseigner sur le don d'organes et de tissus et également à les informer au sujet de leurs droits tout au long du processus. Il est important de souligner l'initiative de l'infirmière ressource qui assure un suivi auprès de toutes les familles dans les trois premiers mois suivant le décès du donneur. Ce suivi est très apprécié et il serait important pour l'organisme de s'assurer que cette partie du programme soit détaillée par écrit au programme existant afin d'assurer la pérennité de son application auprès des familles.

Une attention doit être portée par l'organisme au fait que l'équipe est fragile dû au nombre très restreint de médecins qui peuvent assurer le prélèvement des organes des donneurs identifiés et acceptés pour un don d'organes.

## Ensemble de normes : Normes sur le don d'organes de donneurs vivants - Secteur ou service

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Don d'organes (donneur vivant)** | | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | | |
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |
| 3.12 | Une vérification indépendante est menée tous les deux ans par l'intermédiaire d'une personne neutre, afin de vérifier que l'équipe respecte les PON. | |
| **Processus prioritaire : Compétences** | | |
| 4.10 | De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. | |
| 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. | ! |
| **Processus prioritaire : Épisode de soins** | | |
| 17.3 | L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. | POR |
| 17.3.2 | Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. | **PRINCIPAL** |
| 17.3.4 | L'information partagée aux points de transition des soins est consignée. | **PRINCIPAL** |

| | | |
|---|---|---|
| 17.3.5 | L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :<br>• 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;<br>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;<br>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). | **SECONDAIRE** |

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

**Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels**

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

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

**Processus prioritaire : Don d'organes (donneur vivant)**

Le don d'organe d'un donneur vivant comporte un volet évaluation qui exige une grande rigueur afin de respecter tous les éléments qui touchent les aspects physique, psychologique et social de ce type de don. Entre autres, tous les éléments en lien avec les droits, la confidentialité et les questions d'éthique. Le programme du CIUSSS de l'Estrie - CHUS répond à ces exigences et porte une grande attention au respect du donneur potentiel tout au long du processus d'évaluation qui précède l'acceptation finale pour le don d'organe. Les exigences concernant les règles de consignation au dossier et la transmission des données auprès de Transplant Québec sont respectées. Pour ce qui est du prélèvement de l'organe après l'acceptation du donneur vivant, le programme détaille tous les soins et services recommandés pour s'assurer d'une standardisation et d'une uniformisation de ces derniers, et ce, dans un environnement sécuritaire. À titre d'exemple, au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, on peut mentionner l'utilisation au bloc opératoire de la liste de contrôle d'une chirurgie et l'identification des usagers qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse chez qui une thromboprophylaxie appropriée est indiquée. Par ailleurs, les règles entourant toute la notion de consentement éclairé y sont détaillées. Il est important de mentionner qu'un contrôle serré est exercé pour s'assurer du respect de l'application de ce programme par tous les membres de l'équipe.

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Le programme de transplantation d'organes et de tissus du CIUSSS de l'Estrie - CHUS comporte une offre de services complète pour le volet du don d'organes de donneurs vivants. Cette dernière est conçue avec les usagers et les familles, les partenaires, et la communauté. L'environnement pour offrir ces soins et services est adéquat et répond aux normes. Par ailleurs, l'équipe a fait preuve d'un grand leadership clinique à travers l'élaboration et la mise à jour des outils cliniques et du manuel des PON qu'utilisent les membres de l'équipe pour offrir des soins et services sécuritaires.

**Processus prioritaire : Compétences**

Le programme de greffe rénale du CIUSSS de l'Estrie - CHUS comporte un volet concernant le don d'organes de donneurs vivants. Ce programme peut compter sur l'expertise des ressources humaines compétentes, dont un psychiatre qui possède une expertise et une expérience auprès des donneurs vivants.

Un processus d'orientation structuré des ressources du programme permet de s'assurer que les connaissances nécessaires à la dispensation sécuritaire des soins aux donneurs vivants et aux greffés tout au long de leurs épisodes de soins sont acquises. Par ailleurs, de la formation dont celle reliée aux pompes à perfusion, et du perfectionnement sont offerts régulièrement aux membres de l'équipe afin de maintenir à jour leurs connaissances dans le domaine de la transplantation rénale, incluant les soins aux donneurs vivants. Des échanges formels et informels entre les médecins et les autres professionnels des unités des soins intensifs, de néphrologie et de la clinique favorisent le travail multidisciplinaire et constituent aussi un autre moyen de rehausser leurs connaissances.

L'organisme est toutefois invité à mieux préparer les intervenants de ces secteurs à travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. De plus, de la formation sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail constituerait un atout pour les prestataires de soins qui assurent le suivi des donneurs vivants à l'unité des soins intensifs et à l'unité de médecine-néphrologie durant les premiers jours après le don.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les donneurs vivants qui sont acceptés dans le programme de greffe rénale du CIUSSS de l'Estrie - CHUS pour faire un don d'organe ont accès à une gamme de soins et services de qualité et sécuritaires. Ces derniers sont planifiés en partenariat avec les usagers et leurs familles et en fonction de leurs besoins.

Actuellement, le plan de soins qui accompagne un donneur vivant n'est pas consigné sur un outil déjà utilisé dans le CIUSSS. Cet outil de consignation n'est pas encore utilisé à la clinique de greffe. L'organisme est donc invité à implanter à court terme ce type d'outil.

Par ailleurs, l'organisme est félicité pour l'usage de la double identification unique et l'application d'une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes auprès du donneur vivant tout au long de son épisode de soins s'il y a lieu.

Un effort devra également être fait pour que l'information pertinente aux soins dispensés à l'usager soit communiquée de façon efficace aux points de transition des soins lorsqu'un futur donneur vivant sera pris en charge par une autre équipe que celle de la clinique de greffe le cas échéant. L'organisme est invité à finaliser l'implantation des outils prévus à cet effet dans ce secteur.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe de transplantation d'organes et de tissus au CIUSSS de l'Estrie - CHUS est en place depuis plusieurs années et fait preuve d'une grande expertise dans le domaine du don d'organes de donneurs vivants.

Les dossiers cliniques parallèles de près de 500 usagers dont ceux des donneurs vivants sont conservés et consignés à la clinique de greffe afin de permettre à l'équipe d'offrir des soins et services sécuritaires.

Les lois, les règlements ainsi que les politiques et procédures entourant la protection de la vie privée, les délais de conservation et la tenue de dossier sont respectés par les membres qui œuvrent à la clinique. Des systèmes d'information adéquats soutiennent les activités cliniques des membres de l'équipe. L'organisme est invité à réactiver l'implantation du DSQ à cette clinique.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe fait preuve d'un grand souci d'offrir des soins et services de qualité. Ceci se reflète entre autres par l'examen systématique de chaque cas de don d'organe de donneur vivant par les membres de l'équipe afin de cerner les possibilités d'amélioration. Cette façon de faire s'inscrit dans la volonté de l'organisation qui mise sur le développement d'une culture de gestion de risques.

De plus, l'introduction récente d'un patient partenaire participant aux travaux du comité d'amélioration de la qualité du programme démontre l'importance qui est accordée à l'apport et au partenariat avec les usagers et les familles. L'équipe est encouragée à saisir toutes les occasions pour favoriser le plus possible cette implication de la clientèle.

Des indicateurs sont aussi utilisés pour suivre l'évolution du programme et ainsi permettre de cerner des pistes d'amélioration.

**Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels**

Les critères des banques et des services transfusionnels sont respectés par l'équipe responsable des dons provenant de donneurs vivants.

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

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

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

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

Les membres de l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) se sont efficacement installés dans l'environnement du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Un fonctionnement à trois paliers a été privilégié : stratégique, tactique et opérationnel. Ce modèle en place depuis quelques mois semble donner déjà de bons résultats. Déjà, plusieurs approches, processus et enjeux d'harmonisation ont été adressés avec succès.

Une gestionnaire de l'équipe est nommée et exerce depuis le 14 février 2016. Elle chapeaute les conseillères PCI de tout le CIUSSS dont deux sont des infirmières cliniciennes spécialisées en prévention et contrôle des infections.

Un travail d'étroite collaboration est déjà installé avec les secteurs de la santé publique, de l'hygiène et de la salubrité, de l'alimentation et avec les microbiologistes-infectiologues, pour n'en nommer que quelques-uns. Un plan d'amélioration de la qualité est élaboré et suivi, 55% de cette planification a été réalisée.

La gestion des éclosions est efficace ce qui limite la durée des éclosions et le nombre d'usagers touchés. D'importantes stratégies sont en place afin de gérer efficacement les antimicrobiens. Le rôle-conseil des pharmaciens est exemplaire lorsqu'il s'agit, entre autres, de revoir la stratégie antimicrobienne.

L'équipe PCI est impliquée dans tout le processus de vaccination des usagers et collabore aux enjeux populationnels.

L'enjeu du lavage des mains demeure toutefois préoccupant à l'échelle de l'établissement, car les audits menés démontrent un faible pourcentage d'adhésion dans l'ensemble du territoire. Des stratégies sont nécessaires afin d'améliorer les résultats.

Malgré tout, il est observé que les différents taux d'infections suivis sont en baisse.

La mise en place de la structure PCI a permis d'offrir des services structurés et efficaces dans les réseaux locaux de service plus éloignés du territoire. Les communications sont fluides et efficaces et la synergie de l'équipe génère une mobilisation des troupes.

## Ensemble de normes : Services d'urgence - Secteur ou service

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |
| 2.5 | L'espace est conçu conjointement avec l'apport des usagers et des familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles. | |
| 2.11 | Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles. | |
| **Processus prioritaire : Compétences** | | |
| 4.2 | Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour. | ! |
| 4.5 | De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. | |
| 4.7 | De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique. | |
| 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.<br>4.9.1 Des instructions et des guides de l'utilisateur sont facilement accessibles en tout temps pour chaque type de pompes à perfusion. | POR<br>**PRINCIPAL** |
| 4.13 | De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et de fin de vie. | ! |
| 4.14 | Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive. | ! |
| 5.3 | L'équipe collaborative, composée de consultants et de professionnels de la santé qui acheminent des usagers, travaille avec l'équipe du service des urgences pour coordonner les services et les transferts. | |
| 5.5 | Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'usager au sein des équipes et entre elles. | ! |

| | | |
|---|---|---|
| 5.6 | L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées. | |
| **Processus prioritaire : Épisode de soins** | | |
| 8.8 | Les usagers qui sont en attente aux urgences sont surveillés afin de déceler toute détérioration de leur état et sont réévalués s'il y a lieu. | |
| 9.7 | Des services de traduction et d'interprétation sont offerts aux usagers et à leurs familles. | |
| 9.9 | Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services. | ! |
| 9.10 | Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom. | ! |
| 9.12 | Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive. | ! |
| 9.13 | Une politique et un processus sont en place pour gérer les questions d'ordre médico-légal au service des urgences. | ! |
| 10.6 | Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée. | POR |
| 10.6.1 | Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre. | **PRINCIPAL** |
| 10.6.2 | L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes. | **PRINCIPAL** |
| 10.6.3 | L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes. | **PRINCIPAL** |
| 10.6.4 | L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée. | **SECONDAIRE** |
| 10.6.5 | Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin. | **SECONDAIRE** |
| 10.14 | Un accès prioritaire aux services de consultation est disponible, et ce, en tout temps. | ! |
| 12.4 | Une procédure bien établie, telle que le recours aux brassards, est utilisée pour identifier les usagers du service des urgences. | |
| 12.16 | L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. | POR |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | **PRINCIPAL** |
| 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. | **PRINCIPAL** |
| 12.16.4 | L'information partagée aux points de transition des soins est consignée. | **PRINCIPAL** |
| 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 :<br>• 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;<br>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;<br>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). | **SECONDAIRE** |
| 13.9 | L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles. | |

**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**

| | | |
|---|---|---|
| 18.12 | L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin. | |

**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**

La gestion des services d'urgence est assurée par des chefs de service qui travaillent en étroite collaboration avec un médecin. Cette cogestion médico-administrative mérite d'être soulignée puisqu'elle est appréciée par les médecins et les gestionnaires rencontrés. De plus, elle permet une meilleure appropriation des problématiques de gestion rencontrées dans les milieux et facilite par la même occasion la mise en place de solutions.

Les services offerts dans les urgences de l'organisme sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires, et la communauté. La collaboration avec les partenaires est présente et permet d'améliorer la sécurité et l'efficacité de l'offre de services.

La grande majorité des lieux physiques des services d'urgences sont adéquats et sécuritaires à l'exception de ceux de l'Hôpital Fleurimont. Un projet de construction d'une nouvelle salle d'urgence fait actuellement l'objet de discussion. D'ici la réalisation de ce dernier, l'organisme est invité à optimiser l'utilisation des espaces tout en libérant le plus possible les aires de circulation. De plus, la configuration des lieux physiques de la salle d'urgence de l'Hôtel-Dieu ne permet pas d'assurer la confidentialité des interactions entre les professionnels qui se retrouvent dans les différents postes situés au centre et à proximité des chambres des usagers et des aires de circulation. Des équipements, des fournitures et des articles d'urgence sont disponibles en quantité suffisante dans tous les services visités.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les services d'urgence du CIUSSS de l'Estrie - CHUS peuvent compter sur l'expertise de ressources humaines compétentes et engagées qui bénéficient d'un encadrement clinique de qualité.

Un processus d'orientation structuré permet de s'assurer que les connaissances de ces ressources nécessaires à la dispensation sécuritaire des soins aux usagers sont acquises. Par ailleurs, de la formation dont celle reliée aux pompes à perfusion, et du perfectionnement sont offerts régulièrement aux membres de l'équipe afin de maintenir à jour leurs connaissances, entre autres, dans le domaine des soins critiques. À cet égard, il faut souligner l'existence du laboratoire de simulation clinique du CHU de Sherbrooke qui facilite grandement l'acquisition des connaissances pratiques des intervenants. De plus, de la formation et du perfectionnement offerts sur les soins palliatifs et de fin de vie ainsi que sur la prise de décisions d'ordre éthique constitueraient un atout. Des échanges formels et informels entre les médecins et les infirmières favorisent le travail d'équipe et constituent aussi un autre moyen de rehausser leurs connaissances. L'organisme est toutefois invité à mieux préparer les intervenants de ces secteurs à travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

En ce qui a trait à l'utilisation des pompes volumétriques, il a aussi été noté dans le service d'urgence de l'Hôpital de Granby et dans le service d'urgence d'Asbestos que les instructions d'utilisation n'étaient pas facilement accessibles aux intervenants en tout temps. L'organisme est invité à simplifier l'accès informatique à ces informations puisqu'il est difficile de retrouver rapidement les instructions dans le fichier partage de l'établissement. Il serait opportun de simplifier le chemin d'accès pour les intervenants.

Les indicateurs de performance de certains services d'urgences se sont détériorés au cours de la dernière année. Des travaux sont en cours pour tenter d'améliorer le roulement des civières de ces services. Tous les services et les partenaires doivent se sentir imputables des résultats des services d'urgence. En contrepartie, il faut mentionner de belles réalisations comme la mise en place de la télé-thrombolyse pour le traitement des AVC aigus au service d'urgence de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

La population a accès à des services de qualité dans les salles d'urgence du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Les clientèles pédiatrique et adulte sont évaluées par une infirmière à l'aide de l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG). L'ensemble des services visités utilise un outil de triage informatisé à l'exception des services de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital de Fleurimont. L'organisme est invité à informatiser le triage dans ces milieux pour diminuer les oublis et les risques d'erreur. De plus, la surveillance et la réévaluation selon les standards reconnus pour la clientèle en attente aux urgences avec une priorité de triage P3, de P4 ou de P5 ne sont pas assurées dans tous les services. Par ailleurs, les soins sont planifiés en partenariat avec les usagers et les familles et sont inscrits sur un outil informatisé pour la plupart des services de l'organisme.

Un consentement écrit n'est pas toujours obtenu et consigné avant la prestation des services. Plusieurs outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation. L'utilisation de la double identification unique ainsi que les efforts déployés par l'organisme pour implanter dans tous les services d'urgence visités le bilan comparatif des médicaments méritent d'être soulignés. Du travail de consolidation demeure encore à faire, mais le tout est quand même bien amorcé.

La prise en charge des usagers qui ont une maladie infectieuse est adéquate. Cependant, les taux de lavage des mains pouvant atteindre 8% ont été observés lors des derniers audits dans certains services d'urgence. L'organisme est invité à prendre les moyens nécessaires pour améliorer ces taux.

Concernant la prévention des chutes, la mise en place de l'approche retenue dans l'organisme n'est pas terminée dans tous les services d'urgence. La poursuite et le suivi de son implantation demeurent une priorité et un défi pour l'organisme.

Le même défi l'attend pour ce qui est de l'implantation de l'information pertinente aux soins dispensés à l'usager à communiquer de façon efficace aux points de transition des soins.

Quant à l'évaluation du risque de suicide, l'organisme est félicité puisque l'ensemble des usagers ciblés est évalué. Une attention devra être portée au fait qu'on observe une méconnaissance du nouveau mécanisme de gestion des questions d'éthique développée par l'organisme. Une stratégie mérite d'être développée pour remédier à la situation.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les huit services d'urgence visités utilisent des technologies et des systèmes d'information clinique et de gestion qui sont appréciés des utilisateurs.

Chaque usager présent dans ces services possède un dossier à jour et complet qui comprend une série de renseignements standard sur sa santé

Les usagers et les familles participent à la collecte d'informations recueillies dans leurs dossiers. Les intervenants respectent les politiques et les procédures entourant l'utilisation du dossier et des communications électroniques, le partage d'information sur l'usager ainsi que la tenue de dossier. Pour ce faire, de la formation et du perfectionnement sont offerts.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Les intervenants et les gestionnaires comprennent davantage l'importance de développer une culture de mesure. Dans ce contexte, plusieurs services d'urgence du CIUSSS ont procédé, au cours des deux dernières années, à des audits pour leur permettre de mieux suivre l'évolution de l'implantation de nouvelles pratiques cliniques et de gestion à partir d'indicateurs. Cependant, les résultats et les apprentissages découlant de l'analyse de ces indicateurs ne sont pas diffusés ni expliqués à l'ensemble du personnel des équipes terrain des services d'urgence de l'organisme.

L'organisme est encouragé à présenter à l'ensemble du personnel l'information recueillie dans le but de favoriser la pérennité des nouvelles façons de faire découlant des projets qualité. Par ailleurs, il faut aussi s'assurer de maintenir ce type de surveillance à long terme et sur une base régulière.

Il faut souligner la mise en place des comités opérationnels d'amélioration de la qualité dans l'ensemble des services d'urgence du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et de l'intégration des patients partenaires au sein de chacune de ces instances. Aussi, l'identification des risques par la déclaration d'accidents incidents est de plus en plus présente dans les milieux visités.

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

La plupart des milieux visités sont de plus en plus sensibilisés au processus entourant le don d'organes et de tissus. Certains sont au fait de l'existence de l'équipe des dons d'organes de l'Hôpital Fleurimont, mais de la formation et du perfectionnement sur le sujet serait encore nécessaire.

## Ensemble de normes : Services de médecine - Secteur ou service

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |
| 1.1 | Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté. | ! |
| 2.3 | Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 2.4 | L'espace est conçu conjointement avec l'apport des usagers et des familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles. | |
| 2.5 | L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes. | |
| **Processus prioritaire : Compétences** | | |
| 3.4 | De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. | |
| 3.6 | De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique. | |
| 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. | POR |

| | | |
|---|---|---|
| 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 :<br>• qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services;<br>• qui reviennent d'un congé prolongé;<br>• quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées;<br>• quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis.<br>Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte. | **PRINCIPAL** |
| **Processus prioritaire : Épisode de soins** | | |
| 7.9 | Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services. | ! |
| 8.5 | Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. | POR |
| 8.5.1 | 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. | **PRINCIPAL** |
| 8.5.2 | Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés. | **PRINCIPAL** |
| 8.5.4 | Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé. | **PRINCIPAL** |
| **Processus prioritaire : Aide à la décision** | | |
| 11.1 | Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille. | ! |

12.1 De la formation et du perfectionnement sur les lois sont offerts pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les usagers.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

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

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

L'équipe, avec le soutien du service à l'expérience usager, multiplie les efforts pour favoriser la participation des familles, des partenaires et de la communauté.
Il est suggéré de poursuivre et intensifier les efforts, notamment au niveau de tous les services et soins offerts dans la communauté.

Bien que les équipes tentent de prendre en compte les besoins et les attentes des usagers, les activités courantes et les activités d'amélioration continue devraient refléter de façon plus formelle l'apport des usagers et de leurs familles.

La gériatrie du CIUSSS de l'Estrie - CHUS un modèle à envier, non seulement au Québec, mais aussi ailleurs.

**Processus prioritaire : Compétences**

De façon générale, la formation en éthique a été sommaire et les besoins sont grands, notamment en soins de fin de vie.

Hôpital de Fleurimont :
Selon le personnel consulté, il serait souhaitable que l'établissement s'assure de faciliter le retour du personnel à la suite d'une absence prolongée notamment au niveau des mises en jour ainsi que des nouvelles politiques et procédures.

L'intégration de nouveau personnel infirmier, le roulement du personnel, par exemple la rotation des employés, la continuité des soins avec du personnel de l'équipe volante et la formation de base du personnel qui est affecté à un nouveau service sont autant d'éléments à considérer pour s'assurer de la compétence des membres de l'équipe.

L'établissement est encouragé à poursuivre les efforts pour former les membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

Concernant les pompes à perfusion, le recyclage du personnel n'est pas réalisé dans tous les milieux.

Cependant, certaines équipes prennent des moyens comme la mise en place de super utilisateurs pour s'assurer que les pompes sont utilisées de façon sécuritaire.

La prise en charge des problèmes psychologiques à l'Hôpital Fleurimont à l'unité de neurologie semble bien implantée. Celle à l'Hôpital Hôtel-Dieu serait perfectible.

Centre universitaire de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke :
L'établissement est encouragé à revoir la structure de super module composé d'une infirmière et de deux auxiliaires pour 15 usagers, ainsi que d'un préposé pour 10 usagers à savoir si cette structure est suffisante pour offrir les soins et services.

Hôpital de Granby :
Bien que dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, les activités de reconnaissances ont connu une baisse depuis sa création, les employés ont poursuivi des activités, notamment les clubs sociaux à l'unité de médecine.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

La trajectoire de soins en gériatrie est une grande force de l'établissement. L'accessibilité, la continuité et la qualité des soins sont sous surveillance continuelle dans l'objectif de toujours faire mieux.

Par ailleurs, les efforts des services de médecine pour maintenir un haut niveau de qualité, malgré la clientèle diversifiée sont facilement observables sur les unités visitées.

Tous les patients et les familles questionnés dans tous les secteurs de médecine et de gériatrie visités disaient qu'ils étaient très satisfaits des soins et services.

Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. Cependant, le personnel-cadre a mentionné, à plusieurs reprises dans les unités de médecine, qu'il faut assurer un suivi serré afin de maintenir cette pratique organisationnelle requise.

La contribution du service à l'expérience usager contribue à soutenir l'équipe clinique dans la responsabilisation des usagers de manière à ce qu'ils puissent gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.

L'approche-personne âgée, l'évaluation du risque de chute et les interventions requises sont pareilles dans les unités de médecine et de gériatrie.

La présence de pharmacien(ne) clinique est un plus pour la qualité et la sécurité des soins.

L'établissement est invité à débuter ou à poursuivre la formation en soins palliatifs et en soins de fin de vie, car ce phénomène est source d'émotions.

L'usager violent demeure une préoccupation majeure pour l'équipe de soins et une source d'anxiété. L'établissement est invité à s'assurer de la formation du personnel en place afin de répondre adéquatement aux situations.

Le personnel consulte le comité d'éthique ou les personnes responsables, la consultation est réalisée en temps opportun. Cependant, la connaissance des services offerts en éthiques dans l'établissement gagnerait à être mieux connue.

À l'Hôpital Hôtel-Dieu de Sherbrooke, le personnel est fier, avec raison, du tableau de communication dans les chambres des usagers et des feuillets d'information pour les usagers.

À Granby, le taux d'attente en hébergement est long et ceci peut nuire à la courte durée. L' approche-personne âgée est de rigueur. Une équipe de bénévoles de marche vient bonifier l'offre de service pour faciliter la récupération fonctionnelle. L'affiche sur « Aide par la famille » est un bijou. Cet outil serait certainement un plus pour faciliter la participation des familles si on la retrouvait dans les autres milieux.

L'équipe est invitée à se questionner sur la pertinence d'un programme d'automédication. Celui-ci étant fort probablement requis lorsque l'on veut s'assurer de la capacité des usagers à utiliser de façon sécuritaire la médication.

L'établissement est invité à prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que les usagers avec des problèmes cognitifs sont dans un environnement sécuritaire, notamment l'accès aux ascenseurs.

Les services gériatriques sont un modèle à envier, non seulement au Québec, mais aussi ailleurs.

L'établissement est invité à s'interroger sur les avantages et les inconvénients de la réadaptation 7 jours sur 7, comparativement à ce qui se fait actuellement.

Dans un autre ordre d'idée, on constate qu'il y a des glissades d'évacuation dans les escaliers de l'Hôpital et Centre d'hébergement d'Youville. Ceci démontre qu'on se prépare adéquatement à des situations d'urgence.

À Brome-Missiquoi-Perkins, la gestion efficace des lits se fait quotidiennement avec l'ensemble de personnes responsables de tous les services. La clinicienne en prévention et contrôle des infections est aussi présente à ces rencontres qui sont animées par la responsable du cheminement du client par l'entremise de la gestion des lits.

Il est à souligner l'excellence des multiples processus très efficaces qui ont permis de réduire la DMS de 40%. Pour ce faire, l'implication de l'équipe médicale, de professionnels et du personnel soignant a permis de réduire le séjour en donnant le congé avant la fin des soins actifs. Pour ce faire, le personnel et les médecins assurent ou s'assurent de la continuité du traitement à domicile. De plus, il est important de mentionner la force de la première ligne permettant la prise en charge efficace de la clientèle.

De multiples tableaux de bord sont présents et suivis aidant à la décision. Par ailleurs, l'information concernant le patient lors des transitions de soins doit être complète afin de poursuivre la qualité des services déjà en cours

À l'UCDG de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, la grande force en interdisciplinarité et une équipe engagée et solidaire sont à souligner. La présence des gériatres est soutenue. Un environnement très adapté à la personne âgée est en place. On y retrouve plusieurs repères visuels pour les patients et des protocoles sont affichés aux murs du poste pour le personnel. Le système d'information est efficace et les informations planifiées par l'équipe médicale contenues dans le dossier antérieur sont incluses dans les dossiers actifs. Cependant, plusieurs difficultés sont présentes lors du transfert du patient vers l'UCDG. L'organisme est invité à évaluer la possibilité de modifier les critères d'admissibilité sur le profil du client au lieu de son âge qui est de 65 ans.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'organisme est encouragé à s'assurer que le consentement aux soins dans tous les dossiers soit signé par l'usager.

Selon l'information obtenue, de la formation et du perfectionnement sur les lois seront offerts au personnel pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les usagers.

Les notes des infirmières sont souvent retranscrites et recopiées à plusieurs reprises et à plusieurs endroits dans le dossier. Les ordonnances sont réalisées et retranscrites manuellement. L'ordonnance de départ est manuscrite. Ces éléments sont fort probablement une source d'erreur.

La trajectoire en gériatrie et les services de gériatrie sont un modèle à envier, non seulement au Québec, mais aussi ailleurs.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

À la suite des commentaires recueillis au sujet de la qualité des services, l'équipe de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Sherbrooke a réussi à répondre plus rapidement aux cloches d'appel des usagers.

À Granby, le personnel est fier des résultats de l'audit sur la thromboprophylaxie. Leur audit sur le respect du guide de rédaction des prescriptions est un exemple qui mobilise les intervenants concernés à l'amélioration de la qualité.

L'UCDG de l'Hôpital Argyll est un modèle à envier, non seulement au Québec, mais aussi ailleurs.

## Ensemble de normes : Services de santé publique - Secteur ou service

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | | |
| **Processus prioritaire : Compétences** | | |
| 4.1 | Il existe des profils de poste qui définissent les rôles, les responsabilités et les champs de compétence pour tous les postes. | |
| 4.3 | Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive. | ! |
| **Processus prioritaire : Impact sur les résultats** | | |
| 16.3 | Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles. | ! |
| 16.4 | Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 16.11 | Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles. | |
| **Processus prioritaire : Santé publique** | | |
| 3.11 | Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive. | ! |
| **Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)** | | |
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |

Avec l'adoption en septembre 2016 d'un document de balises organisationnelles et offre de service, la direction de santé publique identifie des axes précis relatifs aux services spécialisés et de proximité, à la promotion-prévention-protection pour la population enfants/jeunes, adulte ainsi que pour les services transversaux s'adressant à l'ensemble des populations.

Les ententes de coresponsabilités entre la direction de santé publique, des services généraux, et celle de la jeunesse constituent un exemple illustratif probant du travail de collaboration effectué sur la gestion fonctionnelle des ressources. L'organisme est encouragé à poursuivre ce travail.

La participation des usagers et des communautés est évidente comme en témoigne l'exercice de consultation sur les besoins des communautés linguistique et culturelle de l'Estrie. Ainsi des personnes issues des communautés anglophone et immigrante ont participé à des groupes de discussion pour partager leur expérience et enrichir le processus de consultation.

La voix de la communauté et des usagers est également entendue par des canaux de communication directe comme des consultations par les médias sociaux.

**Processus prioritaire : Compétences**

La direction de santé publique s'est donné comme orientation de créer une équipe unifiée favorisant une approche de travail intégré. Comme mentionné dans son document sur les balises organisationnelles et l'offre de service, la direction de santé publique souligne que chaque membre de l'équipe partage une part de responsabilité dans l'amélioration des mécanismes de concertation et de coordination des façons de faire ainsi que des pratiques d'intervention.

L'organisme est invité à poursuivre activement le travail de délimitation et de départage des zones de compétences qu'elle a amorcé en précisant le rôle et les responsabilités des gestionnaires responsables d'un axe d'intervention. Cette démarche déclinée auprès de tous les membres de l'équipe est porteuse de sens pour soutenir le développement de l'offre de service en santé publique.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Si la direction de la santé publique s'est donnée comme objectif d'améliorer significativement plusieurs indicateurs de santé en vue d'une amélioration globale de l'état de santé et de bien-être de la population estrienne, la démarche d'évaluation des impacts demeure à consolider en collaboration avec les autres directions cliniques du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Les accomplissements réalisés pour répondre aux besoins de santé exprimés et non exprimés de communautés comme celle de Lac-Mégantic ou des groupes ethnolinguistiques témoignent de la capacité de l'organisme à cerner efficacement le contour de ses actions.

L'organisme est invité à poursuivre toutes les démarches de partage et d'évaluation d'impacts de ces interventions. Les liens privilégiés que l'organisme a développés au fil des années avec ses partenaires du secteur de la recherche et son réseau communautaire sont à exploiter pleinement.

**Processus prioritaire : Santé publique**

L'équipe de la direction de santé publique est dynamique et s'est visiblement solidifiée rapidement autour de leaders porteurs d'une vision rassembleuse résolument axée sur la communication bidirectionnelle avec la population. Le développement des connaissances, du pouvoir d'agir et des capacités des communautés ainsi que du personnel du CIUSSS de l'Estrie - CHUS sont indéniablement au cœur des préoccupations.

Grâce à son Observatoire estrien et son bagage accumulé en matière de responsabilité populationnelle, l'organisme a su développer des connaissances approfondies sur la diversité des besoins du milieu, l'état de santé des différents sous-groupes de population et les particularismes du vaste territoire. Sa démarche soutenue de production et de diffusion adaptée des connaissances est une pratique d'excellence à souligner.

Le travail de concertation à l'interne et à l'externe est une priorité pour permettre et faciliter un arrimage efficace et intégré des préoccupations de santé publique aux services offerts par toutes les directions cliniques et les partenaires.

Le rôle du CIUSSS de l'Estrie - CHUS en tant que promoteur actif de santé demeure contrasté par rapport à celui d'acteur incontournable de la surveillance et de protection. À cet égard, une définition circonscrite du rôle des milieux de soins hospitaliers dans ce continuum serait structurante particulièrement au chapitre de la lutte au tabagisme.

L'équipe de la direction de santé publique est invitée à poursuivre ses efforts de travailler sur des améliorations en fonction de l'expérience vécue des usagers et d'en mesurer systématiquement l'impact sur l'atteinte de meilleurs résultats de santé et de bien-être de la population. Son expérience auprès de la communauté de Lac-Mégantic est un modèle riche d'apprentissages.

## Ensemble de normes : Services de soins intensifs - Secteur ou service

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |
| 2.5 | L'espace est conçu conjointement avec l'apport des usagers et des familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles. | |
| 2.8 | Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles. | |
| **Processus prioritaire : Compétences** | | |
| 3.2 | Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour. | ! |
| 3.4 | De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. | |
| 3.6 | De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique. | |
| 3.10 | De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et de fin de vie. | ! |
| 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. | ! |
| **Processus prioritaire : Épisode de soins** | | |
| 7.9 | Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services. | ! |
| 7.10 | Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom. | ! |
| 7.12 | Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive. | ! |
| 9.3 | Des tournées quotidiennes sont effectuées par l'équipe collaborative. | |

| | | |
|---|---|---|
| 9.8 | Des mesures cliniques normalisées sont utilisées pour évaluer la douleur de l'usager sur une base continue en partenariat avec l'usager et la famille. | |
| 9.12 | Le besoin de recourir à la contention est évalué sur une base quotidienne en partenariat avec l'usager et la famille et le moyen de contention le moins invasif possible est utilisé, s'il y a lieu. | ! |
| 9.21 | L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. | POR |
| 9.21.1 | 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** |
| 9.21.2 | Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. | **PRINCIPAL** |
| 9.21.4 | L'information partagée aux points de transition des soins est consignée. | **PRINCIPAL** |
| 9.21.5 | L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :<br>• 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;<br>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;<br>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). | **SECONDAIRE** |
| 10.3 | Une ou plusieurs rencontres interdisciplinaires avec les usagers et les membres de leur famille sont prévues dans un lieu privé. | |
| 10.5 | Un décès dans la dignité est favorisé pour les usagers en fin de vie. | |
| 10.7 | Dans la mesure du possible, la présence des membres de la famille de l'usager dans la chambre est permise durant les interventions d'urgence. | |
| **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 | | |
|---|---|---|
| 17.1 | Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires. | |
| 17.10 | L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin. | |

**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 conçoit et révise l'ensemble de l'offre de service de façon régulière et ajuste les éléments, lorsque requis. Au quotidien, chaque équipe partage l'attribution des usagers en fonction de la complexité des cas, de l'expérience du professionnel et des techniques de soin. Encore une fois, le site de l'Hôpital de Granby pose un lot de défis reliés aux espaces disponibles, pour permettre les interactions confidentielles et privées.

**Processus prioritaire : Compétences**

Un programme d'orientation et d'intégration pour le nouveau personnel est en place et très apprécié. Toutefois, il importe de mentionner que la durée du programme varie grandement d'un service à l'autre, soit de 10 à 25 jours. Des formations continues sont aussi offertes de différentes façons et l'équipe de visiteurs salue ces initiatives. Nous encourageons l'organisation à poursuivre les formations dans le cadre des questions éthiques, de la prévention et de la gestion des comportements agressifs, des croyances religieuses, des diversités culturelles et des soins palliatifs.

La trousse de soins de fin de vie à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et à l'Hôpital de Fleurimont mérite d'être soulignée.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'épisode de soins des usagers est bien cerné, les critères d'admission et la réévaluation sont réalisés plusieurs fois par jour. Dans tous les services visités, le service des soins intensifs est reconnu pour sa grande rigueur à admettre sans délai les usagers qui nécessitent des soins spécialisés. Les pratiques cliniques sont soutenues par les données probantes les plus récentes. L'équipe médicale est très

impliquée dans les prestations interdisciplinaires de soins et suscite ce mode de fonctionnement. Un seul espace avec toilette est disponible pour les usagers, l'évier n'est pas dans la même pièce, mais dans une aire de dépôt. L'entreposage des produits dangereux n'est pas conforme par manque de rangement sous clé, ce qui provoque un risque très élevé pour la clientèle. Les espaces sont insuffisants pour échanger avec la clientèle et la gestion des décès dans la dignité est quasi impossible. Le besoin de recourir à une contention est utilisé en dernier recours dans trois sites. Toutefois, à l'Hôpital de Granby, le fait de ne pas avoir un visuel d'aucune façon sur la clientèle hospitalisée aux soins intensifs et la proximité des usagers entre eux dans des espaces restreints a pour conséquence une utilisation plus fréquente des mesures de contentions.

Les espaces des services de soins intensifs sont très adéquats dans trois sites. L'équipement technologique est disponible et satisfaisant. À l'Hôpital de Granby, un problème majeur d'espace et d'encombrement est noté, ce qui engendre des difficultés particulières dans l'épisode de soins. La configuration des lieux et la promiscuité vécue par les usagers et leur famille engendrent des risques potentiellement élevés pour la clientèle. Dans ce service, la confidentialité, malgré tous les efforts déployés par l'équipe, n'est pas respectée. Les espaces sont très encombrés, les équipements technologiques sont difficilement accessibles et la capacité d'atteindre les pratiques attendues en prévention et contrôle des infections est discutable. Le mode de fonctionnement en équipe interdisciplinaire avec le patient et sa famille n'est pas possible.

Finalement, dans chaque installation visitée, il a été observé que le consentement aux soins n'est pas obtenu systématiquement et déposé au dossier. Sur douze dossiers évalués, quatre contenaient le formulaire de consentement signé par l'usager ou son représentant, peu importe la provenance de l'usager.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe travaille continuellement avec des données sociodémographiques, scientifiques et de la recherche pour soutenir l'évolution de l'offre de service et des soins et des services.

Les dossiers sont tenus à jour et l'information y est colligée régulièrement et fréquemment lors de l'épisode de soins. Une harmonisation sur la tenue de dossier sera à réaliser, car certains services étant encore avec le dossier papier, d'autres sont informatisés et la plupart sur des plateformes informatiques sont différentes. L'arrivée du dossier clinique informatisé, dont la mise en place prochaine sera soutenue par le ministère, facilitera la mise à niveau de l'information clinique inhérente aux renseignements cliniques des patients.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Les services de soins intensifs se démarquent dans leur volonté de travailler avec des données probantes et les plus récentes recherches scientifiques. Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers, des familles et l'équipe de la recherche. La complémentarité entre les équipes soignantes et la recherche est digne de mention.

L'organisme est encouragé à introduire un mécanisme d'appréciation de la satisfaction de la clientèle pour les services donnés à l'Hôpital de Granby et à l'Hôpital de Brome-Missisquoi-Perkins.

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

Tous les critères relatifs aux dons d'organes et de tissus sont respectés par les équipes de soins intensifs. Les protocoles cliniques sont connus et respectés, les donneurs potentiels sont identifiés avec succès.

## Ensemble de normes : Services palliatifs et services de fin de vie - Secteur ou service

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |
| 1.1 | Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté. | ! |
| 1.2 | L'information est recueillie auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services. | |
| 2.6 | Il existe un processus pour déterminer, de façon continue, les exigences en matière de bénévolat en vue de répondre aux besoins des usagers. | |
| 2.10 | L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes. | |
| 5.2 | Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié. | |
| **Processus prioritaire : Compétences** | | |
| 3.4 | Un processus structuré et rigoureux est suivi pour sélectionner les bénévoles. | |
| 3.5 | Des politiques sont en place pour permettre de préciser les rôles et responsabilités des bénévoles. | |
| 3.6 | Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles. | |
| 3.7 | De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. | |
| 3.14 | Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive. | ! |

| | | |
|---|---|---|
| 3.15 | Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu. | |
| 5.5 | Les bénévoles sont soutenus tout au long de l'expérience vécue par l'usager. | |
| **Processus prioritaire : Épisode de soins** | | |
| 6.3 | Des critères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les services avec les usagers. | |
| 7.16 | Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive. | ! |
| 8.6 | Selon le milieu, les besoins en matière de services de bénévoles pour l'usager et sa famille sont déterminés dans le cadre de l'évaluation en partenariat avec l'usager et sa famille. | |
| 8.7 | Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée. | POR |
| 8.7.4 | L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée. | **SECONDAIRE** |
| 8.7.5 | Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin. | **SECONDAIRE** |
| 8.8 | 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.<br><br>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. | POR |
| 8.8.4 | 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. | **SECONDAIRE** |
| 8.8.5 | 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. | **SECONDAIRE** |
| 8.15 | Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné. | ! |

| | | |
|---|---|---|
| 9.2 | En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.<br>9.2.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles. | POR<br>**PRINCIPAL** |
| 11.11 | L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles. | |
| **Processus prioritaire : Aide à la décision** | | |
| 12.8 | Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations. | ! |
| **Processus prioritaire : Impact sur les résultats** | | |
| 14.1 | Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts. | ! |
| 14.2 | 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. | |
| 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. | ! |
| 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. | ! |
| 15.4 | Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles. | ! |
| 15.7 | Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles. | ! |

| | | |
|---|---|---|
| 16.6 | De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur. | |
| 16.7 | Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès. | |
| 16.8 | Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité. | ! |
| 16.9 | 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. | ! |
| 16.10 | L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin. | |
| 16.11 | Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles. | |

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

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Le service de soins palliatifs visité est organisé autour d'une unité hospitalière de 12 lits desservant exclusivement des patients atteints de cancer. L'ouverture à d'autres types de pathologie est envisagée. Les services offerts présentent une majeure médicale pour la stabilisation des personnes présentant des douleurs et des besoins complexes avec un pronostic réservé. La durée moyenne de séjour est située entre 6 et 14 jours.

Les relations de partenariat communautaire avec une maison de soins palliatifs locale sont bien ancrées. Les relations avec les directions-programmes et les autres secteurs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS sont à géométrie variable. La volonté d'établir des ponts avec les secteurs de Magog et de Granby, de même que de rehausser la pratique des consultations spécialisées infirmières auprès d'autres équipes cliniques est évoquée.

Dans un contexte de transformation majeure de l'environnement et de reconfiguration de l'influence respective des partenaires, l'équipe de soins palliatifs est encouragée à arrimer sa vision clinique des soins palliatifs et les soins de fin de vie et la programmation en découlant à une analyse documentée des besoins du milieu en collaboration avec ses partenaires communautaires et des représentants des usagers et des familles.

**Processus prioritaire : Compétences**

L'équipe rencontrée témoigne d'un niveau élevé d'engagement auprès des usagers. Les actions collaboratives de l'équipe de soins sont axées sur la qualité de la relation avec l'usager et un niveau d'expertise avancée en contrôle de la douleur et des symptômes. Des activités d'enseignement avec des résidents de niveau 2 en médecine de famille ainsi que de niveau 4 et 5 en anesthésiologie sont régulièrement tenues.

Il n'y a pas de processus formel d'évaluation du rendement des employés et il n'y a pas non plus de soutien formel en suivi des problèmes et opportunités de croissance issus de l'évaluation du rendement. Il n'y a pas eu de formation spécifique à l'équipe de soins sur la prévention et la gestion de la violence ou les mauvais traitements. Par contre, les membres sont unanimes à promouvoir la tolérance zéro.

L'apport des bénévoles est souligné bien qu'il ne soit pas possible de le cadrer dans un ensemble d'actions complémentaires structurées et définies de rôles et de responsabilités. Un examen des programmes exemplaires d'action bénévole en soins palliatifs pourrait permettre à l'équipe d'approfondir ses orientations et de faciliter l'engagement des communautés qu'elle dessert.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Le consentement éclairé de l'usager est consigné dans le dossier médical. Considérant les réalités cliniques de la clientèle, l'équipe est invitée à affiner son processus en boucle afin de s'assurer de capter formellement le consentement lorsque les circonstances ayant entouré le début de la prestation de soins n'ont pas de permis de le faire.

L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon d'exprimer une insatisfaction ou de déposer une plainte. L'équipe est invitée à rendre disponibles à l'accueil, de même que dans sa pochette d'accueil les formulaires requis pour l'accès au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le bilan comparatif du médicament ainsi que le meilleur schéma thérapeutique possible sont présents. La réconciliation pharmaceutique est établie comme une priorité, particulièrement pour éviter aux usagers d'être exposés à la surmédication et faciliter l'ajustement du contrôle de la douleur.

Une gestion sécuritaire de l'approvisionnement et du stockage des narcotiques est en place, et est soumise à un processus formel de vérification des dates de péremption. L'équipe est invitée à examiner avec la même rigueur la gestion des narcotiques en provenance du domicile en partenariat avec le département de la pharmacie afin de baliser clairement les pratiques de réduction des risques associés à du stockage temporaire non soumis à un décompte journalier.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les membres de l'équipe se rencontrent régulièrement pour traiter des cas complexes et planifier autant que possible le transfert vers le domicile ou vers des niveaux de soins et services alternatifs. La démarche collaborative interprofessionnelle est documentée au moyen d'un plan d'intervention interdisciplinaire.

Toutefois, il n'apparaît pas qu'un plan de soins individualisé est documenté de manière à renseigner sur le partenariat de soins avec l'usager et la famille, bien que diverses interventions sont consignées dans le dossier notamment les problèmes, les, objectifs et les suivis, l'organisme est encouragé à documenter de manière standardisée la participation des usagers pour favoriser la continuité des soins, la sécurité tout en facilitant le suivi du cheminement individuel, et ce particulièrement pour les usagers présentant des problématiques complexes et des interventions nécessitant un suivi.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Les cas traceurs ne permettent pas de conclure à une approche proactive et prédictive utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe ni que des stratégies ne soient élaborées par la suite. Il est suggéré d'élaborer un plan de gestion des risques potentiels visant à identifier les situations à risque potentiel, clinique et autre.

Par ailleurs, la mise en place de stratégies robustes d'amélioration de la qualité et de la sécurité fondées sur les pratiques exemplaires en soins palliatifs avec l'apport des usagers et des familles constitue un impératif. Il a été discuté que le service pourrait procéder à la réalisation de sondages ou d'audits sur l'amélioration de la qualité des soins et services et leur sécurité.

L'équipe a les expertises requises pour lui permettre de s'épanouir pleinement au sein de l'organisme. L'équipe de soins palliatifs a un potentiel de rayonnement interne et externe important de par ses activités d'enseignement, mais aussi par l'exploration de collaboration en matière d'évaluation de programme et des modes d'intervention (ETMI) qui pourraient être structurants pour soutenir les innovations de sa programmation clinique.

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

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |
| | L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| **Processus prioritaire : Compétences** | | |
| 6.8 | De la formation est fournie à l'équipe pour répondre aux urgences qui surviennent en salle d'opération ou d'intervention. | ! |
| 6.11 | Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive. | ! |
| **Processus prioritaire : Épisode de soins** | | |
| 11.6 | SOINS EN MILIEU HOSPITALIER SEULEMENT : Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. | POR |
| 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. | **PRINCIPAL** |
| 11.6.2 | Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés. | **PRINCIPAL** |
| 11.6.3 | Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'usager. | **PRINCIPAL** |
| 11.6.4 | Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé. | **PRINCIPAL** |
| 11.6.5 | L'usager, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé. | **PRINCIPAL** |

| | | |
|---|---|---|
| 17.1 | Des pratiques de base sont suivies pour réduire les risques d'infection chez les usagers et les membres de l'équipe. | ! |
| 17.8 | Les draps souillés, les matières infectieuses et les déchets dangereux sont manipulés de façon appropriée. | ! |
| **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** | | |
| 24.1 | 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. | ! |
| 25.3 | Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles. | ! |
| 25.4 | Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 25.5 | Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs. | ! |
| 25.6 | De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur. | |
| 25.7 | Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès. | |
| 25.8 | Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité. | ! |
| 25.9 | 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. | ! |
| 25.10 | L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin. | |
| 25.11 | Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles. | |

| Processus prioritaire : Gestion des médicaments | |
|---|---|
| 5.2 Les médicaments dans le bloc opératoire sont rangés dans un endroit verrouillé ou dans un endroit pouvant en assurer la sécurité conformément aux politiques de l'organisme concernant le rangement des médicaments. | ! |

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

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Plusieurs secteurs ont connu des réaménagements qui ont augmenté la fonctionnalité des lieux et la sécurité pour les usagers et le personnel.

Bien que les équipes tentent de prendre en compte les besoins et les attentes des usagers, les activités courantes et les activités d'amélioration continue pourraient refléter de façon plus formelle l'apport des usagers et de leurs familles.

**Processus prioritaire : Compétences**

Des formations à l'interne sont offertes régulièrement au personnel et les formations externes sont supportées selon la disponibilité des ressources. Dans ce dernier cas, la formation est partagée avec les autres membres de l'équipe au retour de la formation.

Les pompes à perfusion ont été remplacées à l'échelle de l'établissement au cours des dernières années et tout le personnel utilisateur a été formé. Un registre des formations est en place, incluant le suivi des formations qui sont prévues périodiquement pour l'ensemble du personnel utilisateur et les formations de rattrapage pour le personnel occasionnel ou en retour d'absence prolongée.

Au niveau des unités de soins, les équipes sont véritablement centrées sur les besoins des usagers et la prise en compte de leurs attentes. Une approche humaine, respectueuse, et à l'écoute a pu être constatée. Il existe des initiatives pour assurer une participation plus active des patients à la planification et à la prestation des soins.

De façon générale, les membres du personnel sont évalués périodiquement, c'est-à-dire à tous les deux ou trois ans.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'augmentation des volumes d'activités et la complexité des cas associés au vieillissement de la population entraînent une pression importante sur les activités et les ressources, notamment au niveau des sites où les blocs opératoires connaissent les plus importants volumes d'activités.

Aux blocs opératoires, les équipes travaillent de façon cohésive et sont centrées sur la sécurité des soins aux usagers. Depuis la dernière visite, plusieurs initiatives ont été entreprises pour adapter les façons de faire dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS notamment de décentraliser des activités vers les services ambulatoires, d'implanter une clinique médico-chirurgicale pour le traitement de l'obésité, de s'impliquer dans le développement du Centre de simulation pour l'enseignement et de la préparation de l'installation prochaine d'un robot chirurgical.

L'enseignement préopératoire est bien structuré dans tous les sites et contribue efficacement à la coordination des soins et des services préopératoires et supporter l'usager dans toutes les étapes. Un enseignement complet est donné à l'usager et à sa famille et les coordonnées leur sont rendues disponibles pour requérir de l'information supplémentaire s'il y a lieu.

Au niveau des unités de soins chirurgicaux, les équipes multidisciplinaires s'activent à donner des soins basés sur les meilleures pratiques aux clientèles de chirurgie. Les membres des équipes participent activement aux orientations des unités, à leur fonctionnement et à l'amélioration continue des soins et des services. Cependant, il n'existe pas de meilleur schéma thérapeutique pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition dans certains sites.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Il existe un dossier médical partiellement informatisé et qui n'inclut pas le prescripteur électronique pour les médecins ni le plan thérapeutique infirmier. Un dossier médical papier parallèle demeure en vigueur, notamment pour les notes des infirmières, les observations, les prescriptions médicales et les consultations professionnelles.

Des audits ont été effectués sur la tenue des dossiers des usagers.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Toutes les équipes des différents sites sont à l'affût des meilleures pratiques et le nouveau regroupement de l'ensemble des établissements de santé de la région devrait permettre de faire profiter chaque site de l'expertise des autres sites et de faire profiter les autres sites de la sienne.

Dans la plupart des sites, les équipes ont mis en place toute l'approche nécessaire à l'identification des objectifs d'amélioration continue de la qualité, en collaboration avec les membres de l'équipe, incluant des attentes des usagers. Des indicateurs ont été définis et sont suivis périodiquement lors des réunions d'équipe. Un tableau de bord affiché dans le local du personnel ou dans les aires communes permet à tous de suivre les résultats de façon continue. Les objectifs sont mis à jour au fur et à mesure que ceux qui ont été préalablement identifiés sont implantés.

Au site Lac-Mégantic, les équipes interdisciplinaires fonctionnent sur la base d'une approche LEAN dans toutes les sphères de leurs activités, constamment centrées sur l'amélioration continue et les bénéfices pour le patient. Tous les mécanismes sont en place pour assurer une prestation de soins sécuritaire.

Au-delà des rapprochements créés par la création du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, des liens étroits sont entretenus au niveau clinique avec le site Fleurimont, notamment au niveau du service d'urgence et des chirurgies oncologiques.

Il existe une culture de déclaration des événements indésirables et les gestionnaires sont enclins à utiliser les résultats pour améliorer les soins et les services.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

La gestion et l'administration sécuritaire des médicaments au bloc opératoire sont une préoccupation constante de l'ensemble des équipes. Toutes les politiques et procédures sont en place pour en assurer l'encadrement. La généralisation de leur application est bien soutenue et les objectifs d'amélioration sont bien connus.

Dans la plupart des sites, les médicaments sont entreposés de façon sécuritaire et dans tous les sites les narcotiques sont conservés sous clé. Des chariots sécurisés sont en place dans la plupart des sites avec traçabilité automatisée des utilisateurs.

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

| Critère non respecté | | Critères à priorité élevée |
|---|---|---|
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | | |
| 1.1 | Les services sont conçus conjointement avec les résidents et les familles, les partenaires et la communauté. | ! |
| 1.4 | Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des résidents et des familles. | |
| 2.3 | Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des résidents et des familles. | |
| 2.6 | L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des résidents et des familles, de l'équipe et des parties prenantes. | |
| 2.8 | Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des résidents et des familles. | |
| 5.2 | Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des résidents et des familles quand cela est approprié. | |
| **Processus prioritaire : Compétences** | | |
| 3.1 | Les titres de compétence, la formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des résidents et des familles. | ! |
| 3.6 | De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique. | |
| 3.10 | De la formation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur les façons de prévenir et de gérer les comportements réactifs des résidents. | ! |
| 3.15 | Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive. | ! |
| 3.16 | Les représentants des résidents et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu. | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | ! |
| **Processus prioritaire : Épisode de soins** | | |
| 7.2 | Les résidents et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins. | |
| 7.15 | La stratégie de l'organisme en matière de prévention des mauvais traitements est comprise et suivie par l'équipe. | ! |
| 8.1 | L'état de santé physique et psychosociale de chaque résident est évalué et les résultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche holistique, en partenariat avec le résident et la famille. | ! |
| 8.3 | Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis au résident sont déterminés en partenariat avec le résident et la famille. | |
| 8.8 | Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.<br>8.8.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent. | POR<br>**PRINCIPAL** |
| 8.19 | La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan de soins et réalisée en partenariat avec le résident et la famille. | |
| 9.3 | Tous les services que le résident a reçus, y compris les modifications apportées au plan de soins, sont consignés dans le dossier du résident. | |
| 9.10 | L'accès des résidents aux services dentaires est facilité par l'équipe. | |
| 9.11 | Les changements dans l'état d'un résident sont évalués et gérés en partenariat avec le résident et la famille. | |
| 9.13 | Les progrès du résident par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec le résident, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan de soins au besoin. | |
| 9.19 | L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.<br>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. | POR<br>**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** |
| 9.19.3 | Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins. | **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 :<br>• 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;<br>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;<br>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). | **SECONDAIRE** |
| 10.5 | Les résidents participent à la planification du menu. | |
| 12.7 | L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des résidents et des familles. | |
| **Processus prioritaire : Aide à la décision** | | |
| 2.2 | Les exigences et les lacunes liées à la technologie et aux systèmes d'information sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme. | |
| 13.3 | Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur le résident, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée. | ! |
| 13.5 | L'information est consignée dans le dossier du résident en partenariat avec le résident et la famille. | |
| **Processus prioritaire : Impact sur les résultats** | | |
| 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, pour s'assurer qu'elles tiennent compte des données actuelles sur la recherche et des meilleures pratiques. | ! |
| 16.2 | Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des résidents et des familles. | ! |
| 16.3 | Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des résidents et des familles. | ! |
| 16.8 | Les incidents liés à la sécurité des résidents sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des résidents et des familles. | ! |
| 17.6 | De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur. | |
| 17.7 | Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès. | |
| 17.8 | Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité. | ! |
| 17.9 | 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**

Dans plusieurs centres, les services sont conçus pour les résidents, mais ceux-ci ne sont pas impliqués dans la conception. Toutefois, dans plusieurs centres, les résidents et leur famille sont bien informés. Les centres périphériques sont très proches de leur communauté et travaillent étroitement avec leurs partenaires, les organismes du milieu.

Il est important d'intégrer les résidents et leur famille dans l'élaboration des différents services. L'élaboration des menus biannuelle, c'est-à-dire le choix des menus, serait une opportunité pour favoriser leur participation.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les plans de formation répondent adéquatement aux besoins du personnel.

Il y a lieu d'harmoniser les pratiques dans le secteur d'hébergement du CIUSSS au niveau de l'appréciation du rendement du personnel qui doit être réalisée dans les délais prescrits. Ceci permet d'ajuster les plans de développement et des compétences.

L'organisme est félicité sur le programme d'accueil, d'orientation et la formation en cours d'emploi.

Bien qu'il soit dit que la formation sur les comportements réactifs soit donnée, le personnel en place mentionne ne pas avoir reçu de formation à ce sujet. Des échanges avec des familles valident ces dires et ajoutent que la contention est utilisée comme action palliative. Il est donc impératif de réintégrer cette formation au plan de développement des ressources humaines.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

De superbes initiatives ont été observées et méritent d'être mises en lumière. En voici quelques-unes : l'aménagement de l'environnement physique dans la majorité des centres d'hébergement périphériques.

Inspirés des travaux et des initiatives de la conseillère en milieu de vie, les environnements physiques sont exemplaires. Les notions de milieu de vie ont été complètement intégrées. Les aires communes, les chambres et même les corridors sont chaleureux, inspirent le calme et reflètent un milieu familial.

On retrouve un mécanisme « soutien de proximité » de l'équipe des conseillères cadres optimal et efficace.

Le secteur des centres périphériques se sont doté d'une structure de soutien en y intégrant de trois conseillères. L'organisation du travail du trio des conseillères en soins, PCI, des médicaments, etc., est remarquable. Elles ont développé, auprès des chefs de service, un mécanisme de soutien de proximité exemplaire. Le fait qu'elles se déplacent en trio dans les différents sites de ce secteur optimise le soutien et l'accompagnement. Cette façon de travailler permet une réflexion et une analyse globale des éléments à traiter. La complémentarité des savoirs et la mixité des champs d'expertise permettent d'identifier avec les chefs de service des solutions transversales.

La réorganisation de la structure de travail, la désignation d'une infirmière principale et d'un préposé aux bénéficiaires dans les centres de l'Est démontrent jusqu'à présent une amélioration de la qualité des soins aux patients. De plus, dans le même secteur, cette réorganisation a permis d'assurer la présence de tous les employés aux heures des repas des résidents afin de les assister.

L'organisme est invité à repenser, pour les centres urbains, la culture de milieu de vie et à revoir l'organisation du travail afin d'assurer la présence de tous les employés aux heures de repas.

L'organisme est fortement encouragé à poursuivre ses travaux dans l'implantation de la pratique organisationnelle sur la prévention du suicide et celle sur la diffusion de l'information aux points de transition.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Une gestion proactive des situations ayant une préoccupation éthique est en place.

Les systèmes d'information dans les centres d'hébergement devraient être optimisés. Les communications entre les différents services en seraient améliorées.

Une gestion optimale des dossiers est présente dans tous les centres et une archiviste est en soutien aux équipes de soins.

La sécurité des dossiers des résidents est compromise dans certains centres. Il y a lieu de se procurer des chariots sécuritaires.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Il est important de souligner l'excellente initiative digne de mention : la présence d'une escouade formée de trois conseillères en soins spécialisés.

## Ensemble de normes : Soins et services à domicile - Secteur ou service

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|---|---|
| **Processus prioritaire : Leadership clinique** | |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. | |
| **Processus prioritaire : Compétences** | |
| 3.5 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le modèle de prestation de soins de l'organisme. | |
| **Processus prioritaire : Épisode de soins** | |
| 8.6 Si les soins comportent la gestion des médicaments (ou que le clinicien juge cette gestion appropriée), un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille ou le soignant (selon le cas) et utilisé pour faire le bilan comparatif des médicaments de l'usager. | POR |
| 8.6.1 Les types d'usagers qui ont besoin du bilan comparatif sont déterminés et l'information est consignée. | **PRINCIPAL** |
| 8.6.2 Au début des services, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, les prestataires de soins de santé et les soignants (selon le cas) et consigné au dossier. | **PRINCIPAL** |
| 8.6.3 Les écarts entre les médicaments sont réglés en partenariat avec l'usager et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées. | **PRINCIPAL** |
| 8.6.4 Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et remise à l'usager ou à la famille (ou au prestataire de soins primaires, s'il y a lieu) avec des renseignements clairs sur les changements apportés. | **SECONDAIRE** |
| 9.10 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. | POR |

| | | |
|---|---|---|
| 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 :<br>• 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;<br>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;<br>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). | **SECONDAIRE** |
| 10.7 | L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles. | |
| **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** | | |
| 15.4 | Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles. | |
| 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** | | |

Avec l'aide de ses partenaires, l'équipe est parvenue à bien identifier les besoins de la population desservie à l'intérieur de ce programme. L'étendue des services offerts est en lien avec le plan stratégique de l'organisation. Les trajectoires de services, incluant la collaboration des différents partenaires, sont connues et facilitent l'accessibilité aux services de ce programme.

La direction de ce programme est à développer une approche patient - partenaire axée sur la satisfaction, l'innovation et le partenariat. Cette approche permettra aux intervenants de cette direction de mettre en place des services adaptés aux besoins grandissants des clientèles desservies.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les usagers de ces services peuvent compter sur des intervenants compétents, soucieux de leur offrir des services de qualités et sécuritaires. La formation en cours d'emploi que reçoit le personnel fait en sorte qu'ils peuvent répondre efficacement aux différents besoins de la population ciblée à l'intérieur de leur offre de service.

Le personnel d'encadrement est encouragé à poursuivre les activités mises en place afin de réaliser, avec le personnel sous leurs responsabilités, les activités d'évaluation du rendement et de la contribution.

L'établissement est encouragé à harmoniser les processus qui permettront aux intervenants du CIUSSS de l'Estrie - CHUS de participer et d'avoir accès aux résultats des différentes recherches du centre de recherche. Ceci permettra sans doute aux intervenants d'adapter leurs connaissances aux différents besoins des usagers et offrir des services basés sur des données probantes et les meilleures pratiques.

L'engagement du personnel à offrir des services sur une approche collaborative entre les intervenants et les usagers et leur famille est à souligner.

L'établissement est aussi invité à poursuivre les activités de sensibilisation de formation et de perfectionnement sur son modèle de prestations de soins.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les intervenants et intervenantes des différentes équipes sont dédiés, motivés et fiers des résultats de leur travail. Un sentiment d'appartenance se dégage et se matérialise sur le terrain par des soins de qualité. À l'aide des différentes évaluations de la condition et des besoins de l'usager, les intervenants parviennent à circonscrire les activités permettant à celui-ci de recevoir le bon service au bon moment et à la bonne place. Au moment où le client doit transiter vers d'autres services, des mécanismes de liaison sont bien établis et connus des intervenants ce qui permet de bien accompagner le client dans ses différents points de transition. Les intervenants ont une préoccupation constante de donner toute l'Information requise aux clients et à leurs familles afin qu'ils puissent établir des choix éclairés.

La relation avec chaque usager est ouverte, transparente et respectueuse lors des visites à domicile. Un souci constant de responsabiliser et d'impliquer l'usager et sa famille dans ses soins est présent. La notion de faire « pour et avec l'usager » guide de plus en plus la pratique des intervenants.

À l'intérieur du plan de déploiement du bilan comparatif du médicament, l'organisation prévoit son implantation dans le programme des soins et services à domicile en 2017-2018.Toutefois, le travail réalisé au RLS La Pomeraie afin que celui-ci soit déjà implanté et disponible dans le dossier de l'usager est à souligner.

L'organisme est encouragé à poursuivre les actions d'harmonisation des pratiques à l'égard de l'approche sur la prévention des chutes et sur l'évaluation des risques pour l'usager et du personnel par le déploiement de leur guide de référence sur les stratégies préventives et sécuritaires à domicile.

Une approche documentée sur les soins de plaies est accessible et mise en place dans les services du territoire du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. L'organisation est encouragée à poursuivre la réalisation de son plan d'action qui permettra sur l'ensemble du territoire de bonifier l'approche en y intégrant les éléments des soins de la peau. L'expertise en soins de la peau et des plaies que détiennent des experts de ces services est à souligner et aussi le déploiement du projet de téléassistance en soins de la peau et des plaies est encouragé.

Beaucoup d'activités se réalisent afin de permettre de bien documenter les outils permettant une saine transition de l'usager de ces services vers un autre service du milieu. Toutefois, l'organisation est invitée à réaliser, avec les différents centres hospitaliers de la région et des autres régions qui réfèrent des clients aux guichets d'accès de ces services, à des rencontres qui permettront d'harmoniser et de documenter de façon adéquate les outils de transfert d'information lors du retour des usagers nécessitant des soins et services à domicile. Ceci afin de permettre la prise en charge rapide des usagers sans risques d'échappée.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Dans l'ensemble des sites visités, avec l'apport des usagers et des familles, un dossier pour chaque usagé est rédigé et accessible. Les différents programmes informatiques de ces services (ICLSC, RiSIPA, SyMo) permettent aux intervenants de recueillir des informations standardisées sur les usagers. Ces informations sont disponibles en temps réel pour d'autres intervenants des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Les intervenants des soins et services à domicile du site Haute-Yamaska sont parvenus avec brio et détermination à utiliser le plein potentiel du programme informatique SyMo. Cette réussite permet de réponde aux besoins des clientèles desservies et assure une plus grande harmonisation des activités, garante de l'optimisation et de l'efficience des interventions réalisées auprès des usagers de ce territoire.

L'organisation est invitée à mettre en place un processus harmonisé qui lui permettra de surveiller et d'évaluer les pratiques de tenue de dossiers.

Par l'entremise et l'expertise de son centre de recherche, les gestionnaires et les intervenants peuvent appuyer leurs programmations et activités en se basant sur les meilleures pratiques et sur des données probantes bien documentées. L'organisation est encouragée à élargir l'accès à ces informations à l'ensemble des ressources œuvrant aux services et aux soins à domicile du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Grâce à différents outils d'évaluation, les intervenants peuvent identifier les activités à risques pour les usagers. L'établissement est encouragé à poursuivre ses activités afin de déployer une stratégie harmonisée permettant de cerner les risques pour la sécurité pour les usagers et les intervenants.

Des plans d'amélioration de la qualité des services sont élaborés dans les différents secteurs des services de ce programme. L'établissement est encouragé à mettre en places les activités permettant l'élaboration harmonisée des différents plans d'amélioration en y intégrant aussi des indicateurs d'atteinte des résultats recherchés.

# Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme conjoint d'agrément, les organismes clients ont fait remplir des outils d'évaluation. Les sondages (ou outils) sont des questionnaires qui portent sur des secteurs comme la gouvernance, la culture de sécurité des patients ainsi que la qualité de vie au travail. Les outils du Conseil québécois d'agrément comprennent le Sondage sur la mobilisation du personnel et le Sondage sur la satisfaction de l'expérience client. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des clients, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

## Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

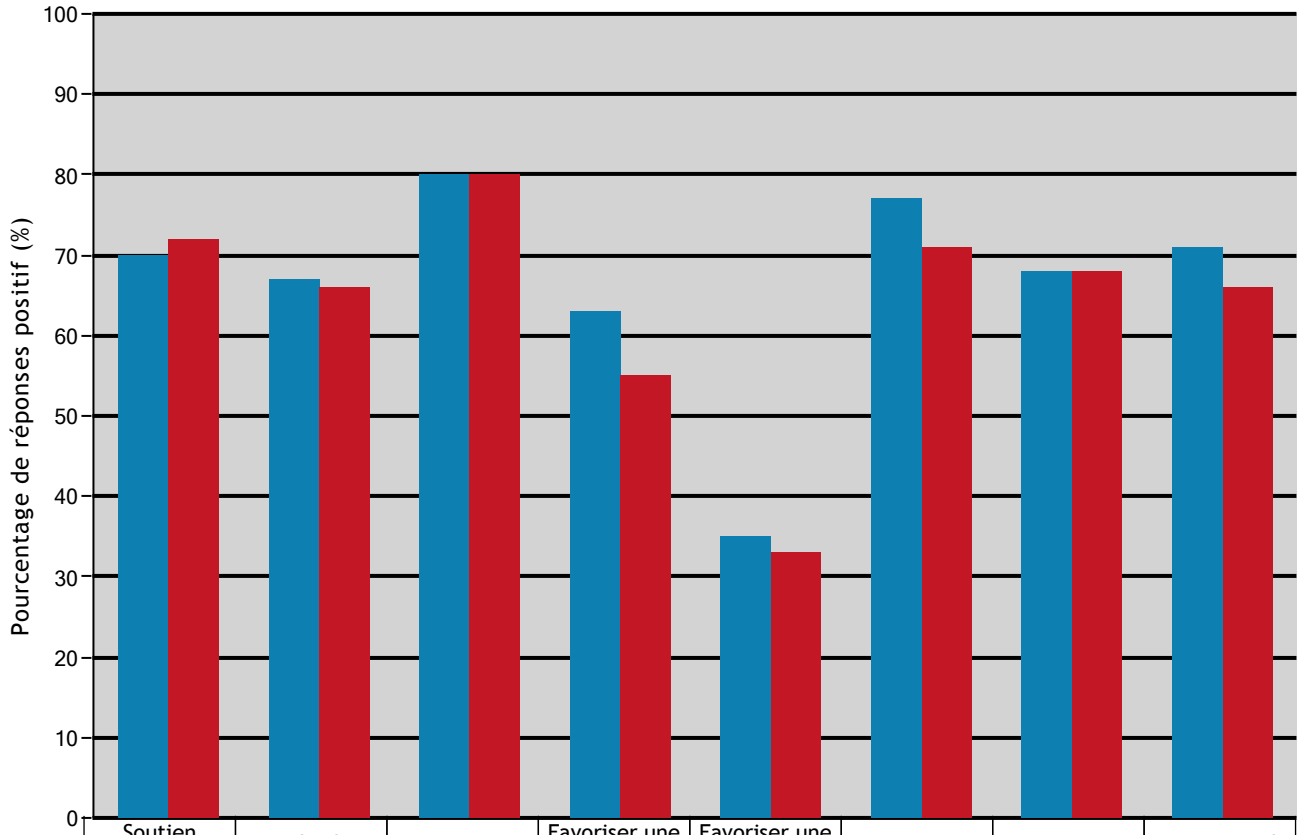
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 8 décembre 2015 au 15 février 2016**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 373**
- **Nombre de réponses : 2438**

**Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers**




| | Soutien organisationnel (haute direction) en matière de sécurité | Leadership des superviseurs en matière de sécurité | Culture d'apprentissage de l'unité | Favoriser une communication ouverte I : Environnement exempt de jugement | Favoriser une communication ouverte II : Répercussions de l'erreur sur le travail | Suivi des incidents | Divers | Perception de la sécurité des usagers dans son ensemble |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 70% | 67% | 80% | 63% | 35% | 77% | 68% | 71% |
| | 72% | 66% | 80% | 55% | 33% | 71% | 68% | 66% |

**Légende**

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

* Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

# Commentaires de l'organisme

**Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.**

Depuis décembre 2015, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a amorcé une vaste démarche qualité, transversale à tous les secteurs. Nous avons sollicité ainsi la contribution et l'engagement des gestionnaires, médecins et employés de notre établissement. Un impressionnant chemin a été parcouru et de nombreuses réalisations accomplies, en peu de temps.

Cette importante démarche organisationnelle représentait un défi de taille, mais aussi une grande opportunité de mettre en commun les bons coups de chacune de nos installations, dans une perspective d'amélioration. Cette première visite, seulement 18 mois après la création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, nous a permis de bien connaître notre établissement et de prioriser les éléments sur lesquels nous devions nous concentrer. De plus, cette visite nous a donné l'occasion de communiquer ce que nous avons réalisé depuis le début de la transformation, les actions en cours et à venir concernant la sécurité des soins et des services aux usagers, l'amélioration continue de la qualité et la gestion de la performance.

Nous avons eu le plaisir d'accueillir les visiteurs d'Agrément Canada du 16 au 21 octobre 2016. Durant leur passage dans notre organisation, ils ont réalisé près de 100 rencontres impliquant plus de 200 personnes. Ils ont tenu des réunions formelles, ont échangé avec le personnel, les médecins et les usagers sur le terrain. Ils ont effectué près de 80 déplacements à travers notre immense territoire. Au-delà des rencontres, les échanges avec les visiteurs nous ont aussi permis de recueillir plusieurs idées pour alimenter notre démarche d'amélioration continue des soins et des services.

Lors de la séance synthèse le 21 octobre, les visiteurs d'Agrément Canada nous ont présenté des résultats préliminaires de la visite. Ce premier portrait sommaire nous a indiqué que nous avons des bonnes pratiques. Par ailleurs, d'autres sont à améliorer et des défis sont à relever. Pour la plupart, les commentaires des visiteurs ont confirmé ou précisé des éléments qui avaient ressortis dans nos plans d'amélioration. Le rapport de cette visite nous permettra d'ajuster ces plans. Par cette démarche, nous poursuivons l'intégration d'une culture d'amélioration continue dans notre nouvel établissement en portant une attention particulière afin d'agir pour et AVEC l'usager, ses proches et la population.

L'équipe de direction de l'établissement et la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DEQPE), qui coordonne la démarche d'agrément, tiennent à remercier tous les gestionnaires, employés, médecins, chercheurs, usagers, proches et bénévoles de leur engagement dans cette démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services aux usagers.

# Annexe A - Processus prioritaires

## Processus prioritaires qui se rapportent aux normes qui touchent l'ensemble du système

| Processus prioritaire | Description |
|---|---|
| Capital humain | Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité. |
| Cheminement des clients | Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins. |
| Communication | Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe. |
| Environnement physique | Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme. |
| Équipement et dispositifs médicaux | Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé. |
| Gestion des ressources | Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources. |
| 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. |
| Gouvernance | Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance. |
| Planification et conception des services | Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies. |
| 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. |
| Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes | Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent. |

## Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

| Processus prioritaire | Description |
|---|---|
| Gestion des maladies chroniques | Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique. |
| Santé et bien-être de la population | Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation. |

## Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

| Processus prioritaire | Description |
|---|---|
| Aide à la décision | Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace. |
| Analyses de biologie délocalisées | Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé. |
| Banques de sang et services transfusionnels | Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion. |
| Compétences | Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces. |
| Don d'organes (donneur vivant) | Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do |
| 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. |
| Épisode de soins | Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins. |

| Processus prioritaire | Description |
|---|---|
| Épisode de soins primaires | Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services. |
| Gestion des médicaments | Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie. |
| 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. |
| Interventions chirurgicales | Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé. |
| Leadership clinique | Diriger et guider les équipes qui offrent les services. |
| Prévention des infections | Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestateurs de services, les clients et les familles. |
| Santé publique | Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé. |
| 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. |
| Services de diagnostic – Laboratoire | Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé. |
| Transplantation d'organes et de tissus | Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés. |