

Rapport de visite

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

Sherbrooke, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 14 au 19 novembre 2021 Date de production du rapport : 14 décembre 2021

Au sujet du rapport

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) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2021. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	9
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	24
Commentaires de l'organisme	28
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	30
Résultats détaillés de la visite	33
Résultats pour les manuels d'évaluation	34
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	34
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	36
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	39
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	43
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	44
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	47
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	49
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	51
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	53
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	55
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	58
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)	61
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	64
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation	65
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager	67
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	68
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	70

Programme Qmentum

	Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	72
	Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	74
	Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	76
	Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	78
	Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	80
	Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	82
	Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	84
	Résultats pour les normes sur l'excellence des services	87
	Ensemble de normes : Télésanté	87
۱n۱	nexe A - Programme Qmentum	88

Sommaire

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) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'usager. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issu du cycle de 5 ans.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

Au sujet de la visite d'agrément

• Dates de la visite d'agrément : 14 au 19 novembre 2021

Emplacements

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

- 1. Centre d'hébergement Saint-Vincent (Centre administratif Saint-Vincent) 5122-6835
- 2. Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook 5121-9350
- 3. Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog 5121-9046
- 4. Centre de santé et de services sociaux du Granit 5122-3832
- 5. Centre multiservices de santé et de services sociaux d'East Angus 5121-9251
- 6. Centre Providence 5122-2917
- 7. CLSC Urgence mineure Centre d'hébergement de Windsor 5561-7641
- 8. CLSC Camirand (50) 5122-3436
- 9. CLSC de Cookshire 5176-9644
- 10. CLSC de Cowansville-du-Sud 5275-4975
- 11. CLSC et centre de services ambulatoires Belvédère 5124-5280
- 12. CLSC King Est 5122-3444

- 14. GMF-UMF des Deux-Rives (5122-3444)
- 15. Groupe de médecine de famille universitaire La Pommeraie 5123-5661
- 16. Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins 5122-9185
- 17. Hôpital de Granby 5122-8120
- 18. Hôpital Fleurimont 5121-6687
- 19. Hôpital, CLSC et centre d'hébergement d'Asbestos 5121-9293
- 20. Hôtel-Dieu de Sherbrooke 5121-6695

• Manuels d'évaluation

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

- 1. Santé physique
- 2. Services généraux

Normes

Normes sur l'excellence des services

1. Télésanté

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	s.o.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	13	1	0	14
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	131	0	0	131
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	597	55	11	663
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	21	5	0	26
Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	581	25	34	640
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	85	7	1	93
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	479	40	11	530
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	40	0	0	40
Total	1947	133	57	2137

Rapport de visite Sommaire

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

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

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

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

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

	Critères à _l	Critères à priorité élevée *		Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
Manuel(s) d'évaluation	Conforme	Non Conforme	s.o.	Conforme	Non Conforme	s.o.	Conforme	Non Conforme	s.o.
Chapitre(s)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Santé physique									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0	44 (91,7%)	4 (8,3%)	0	81 (92,0%)	7 (8,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	47 (92,2%)	4 (7,8%)	0	64 (95,5%)	3 (4,5%)	5	111 (94,1%)	7 (5,9%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	35 (85,4%)	6 (14,6%)	0	43 (89,6%)	5 (10,4%)	0	78 (87,6%)	11 (12,4%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	43 (97,7%)	1 (2,3%)	0	68 (100,0%)	0 (0,0%)	0	111 (99,1%)	1 (0,9%)	0

	Critères à priorité élevée *		Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)			
Manuel(s) d'évaluation	Conforme	Non Conforme	s.o.	Conforme	Non Conforme	s.o.	Conforme	Non Conforme	s.o.
Chapitre(s)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	40 (93,0%)	3 (7,0%)	0	42 (93,3%)	3 (6,7%)	5	82 (93,2%)	6 (6,8%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	34 (89,5%)	4 (10,5%)	0	42 (93,3%)	3 (6,7%)	5	76 (91,6%)	7 (8,4%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	76 (100,0%)	0 (0,0%)	0	84 (98,8%)	1 (1,2%)	0	160 (99,4%)	1 (0,6%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	27 (96,4%)	1 (3,6%)	0	54 (98,2%)	1 (1,8%)	5	81 (97,6%)	2 (2,4%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	74 (90,2%)	8 (9,8%)	0	62 (100,0%)	0 (0,0%)	2	136 (94,4%)	8 (5,6%)	2
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	25 (86,2%)	4 (13,8%)	0	36 (94,7%)	2 (5,3%)	4	61 (91,0%)	6 (9,0%)	4
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	68 (89,5%)	8 (10,5%)	1	52 (92,9%)	4 (7,1%)	6	120 (90,9%)	12 (9,1%)	7
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	66 (97,1%)	2 (2,9%)	0	112 (98,2%)	2 (1,8%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	36 (100,0%)	0 (0,0%)	0	41 (95,3%)	2 (4,7%)	9	77 (97,5%)	2 (2,5%)	9

	Critères à priorité élevée *		Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)			
Manuel(s) d'évaluation	Conforme	Non Conforme	s.o.	Conforme	Non Conforme	s.o.	Conforme	Non Conforme	s.o.
Chapitre(s)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation	57 (98,3%)	1 (1,7%)	0	50 (94,3%)	3 (5,7%)	0	107 (96,4%)	4 (3,6%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	16 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	648 (93,8%)	43 (6,2%)	1	761 (95,8%)	33 (4,2%)	41	1409 (94,9%)	76 (5,1%)	42
Services généraux									
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	31 (79,5%)	8 (20,5%)	1	41 (87,2%)	6 (12,8%)	1	72 (83,7%)	14 (16,3%)	2
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	14 (100,0%)	0 (0,0%)	3	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0	32 (97,0%)	1 (3,0%)	3
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0	14 (93,3%)	1 (6,7%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	15 (100,0%)	0 (0,0%)	3	41 (97,6%)	1 (2,4%)	0	56 (98,2%)	1 (1,8%)	3
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	8 (100,0%)	0 (0,0%)	0	26 (96,3%)	1 (3,7%)	0	34 (97,1%)	1 (2,9%)	0

	Critères à priorité élevée *		Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)			
Manuel(s) d'évaluation	Conforme	Non Conforme	s.o.	Conforme	Non Conforme	s.o.	Conforme	Non Conforme	s.o.
Chapitre(s)	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	22 (95,7%)	1 (4,3%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	9 (75,0%)	3 (25,0%)	0	15 (83,3%)	3 (16,7%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	36 (97,3%)	1 (2,7%)	1	45 (100,0%)	0 (0,0%)	4	81 (98,8%)	1 (1,2%)	5
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	23 (88,5%)	3 (11,5%)	2	40 (97,6%)	1 (2,4%)	0	63 (94,0%)	4 (6,0%)	2
Total	143 (91,7%)	13 (8,3%)	11	246 (94,6%)	14 (5,4%)	5	389 (93,5%)	27 (6,5%)	15
Télésanté									
Ensemble de normes : Télésanté	20 (95,2%)	1 (4,8%)	0	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	52 (98,1%)	1 (1,9%)	0
Total	20 (95,2%)	1 (4,8%)	11	32 (100,0%)	0 (0,0%)	0	52 (98,1%)	1 (1,9%)	0
Total	811 (93,4%)	57 (6,6%)	11	1039 (95,7%)	47 (4,3%)	46	1850 (94,7%)	104 (5,3%)	57

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité						
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité								
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7						
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	7 sur 7						
But en matière de sécurité des patients : Comm	nunication							
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 1						
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	0 sur 4						
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	4 sur 4						
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	1 sur 4						

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Comm	nunication	
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	0 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	4 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	1 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Comm	nunication	
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Comm	nunication	
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Non Conforme	2 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Comm	nunication	
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	0 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Comm	unication	
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Non Conforme	2 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Non Conforme	2 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisa	ntion des médicament	S
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu	de travail	
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Non Conforme	4 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	1 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Préve	ntion des infections	
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Préve	ntion des infections	
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Préve	ntion des infections	
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Préve	ntion des infections	
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Préve	ntion des infections	
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Évalua	ation des risques	
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	3 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évalua	ation des risques	
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé)	Non Conforme	1 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	4 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	4 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Non Conforme	3 sur 5
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	2 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	0 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	3 sur 3

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

La présente visite d'agrément concerne la séquence 3, du cycle de 5 ans, du programme Qmentum adapté aux établissements publics québécois. La norme Télésanté, le programme-services Santé physique, ainsi que le programme-services Services généraux ont été évalués lors de cette visite d'agrément.

Commentaire global relatif à l'évaluation des programmes-services Santé physique et Services généraux et de la norme Télésanté :

Dans l'ensemble des secteurs d'activités évalués, une culture de gestion de la qualité et de la sécurité est bien présente autant chez les gestionnaires que chez les intervenants. Ceux-ci témoignent de beaucoup de rigueur dans leurs pratiques et d'une volonté de les parfaire. Préalablement à la visite d'agrément, un exercice d'auto-évaluation en référence aux manuels d'évaluation rendus disponibles par Agrément Canada a donné lieu à l'élaboration de plans d'amélioration de la qualité. Un portefeuille de projets organisationnels est suivi de manière rigoureuse. Plusieurs de ces projets impliquent des usagers partenaires. On encourage l'établissement à étendre l'implication des usagers et des familles dans des décisions reliées à l'organisation des services. Une approche intégrée de gestion des risques liée à la sécurité des usagers a été mise en place et l'analyse des événements déclarés donne lieu à des mesures préventives et correctives. La culture de déclaration des événements est variable d'un secteur à l'autre; on encourage l'établissement à renforcer cette pratique, notamment dans le domaine psychosocial.

L'établissement a mis en place un système de gestion intégrée de la performance. La boussole, le Vrai Nord, se décline en six axes d'action. Un suivi de la performance organisationnelle est exercé par le biais d'une station visuelle stratégique, d'une structure de pilotage opérationnel, de tableaux bord de gestion et par la réalisation de marches GEMBA par des cadres supérieurs. L'établissement est invité à déployer les stations visuelles opérationnelles permettant aux équipes terrain d'être mieux informées des initiatives visant une recherche accrue de performance clinique et administrative.

Commentaire spécifique à la norme Télésanté :

Le contexte pandémique a servi de levier pour le déploiement de la télésanté dans l'offre de soins de santé pour les usagers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS). L'équipe de télésanté s'est mobilisée pour déployer plus de 236 équipes assurant au moins deux équipes et plus pour chacun des départements de l'établissement. La pérennisation de l'offre de services demeure le plus grand défi de la télésanté. Les services de télésanté sont conçus pour répondre aux besoins particuliers des usagers de l'Estrie. Le Centre de coordination de la télésanté et son équipe multidisciplinaire soutiennent les équipes dans le déploiement des

coordination de la télésanté et son équipe multidisciplinaire soutiennent les équipes dans le déploiement des services. Le travail collaboratif interdisciplinaire est bien établi et l'harmonie règne au sein des équipes. L'établissement mise sur des conditions gagnantes en offrant des possibilités de concilier la vie professionnelle et la vie familiale de ses employés en maintenant l'offre de télétravail dans les situations postpandémiques. Le service de télésanté se distingue par l'implication des usagers et des proches dans la conception et l'évaluation des services offerts. Les résultats des sondages démontrent un excellent taux de satisfaction. Plusieurs initiatives ont été mises en place avec la contribution des usagers, dont la révision de la plateforme de soins virtuels en milieu de vie par un usager anglophone afin de répondre aux besoins de cette population du territoire.

Commentaire spécifique au programme-services Services généraux :

Volet santé

Le volet santé des Services généraux se caractérise par des trajectoires fluides, autant en ce qui concerne l'accessibilité qu'en ce qui concerne le transfert d'informations à l'intérieur desquelles peu d'obstacles ont été identifiés. L'accessibilité aux services est efficace et rapide pour les soins de santé courants comme l'antibiothérapie, les soins de plaies ou les transfusions. Le taux de conformité aux pratiques organisationnelles requises est important, sauf en ce qui concerne le bilan comparatif du médicament (BCM) et le consentement éclairé. Le BCM n'est pas déployé aux services courants. On utilise simplement le profil pharmaceutique de la pharmacie communautaire. La responsabilité de transmettre le profil pharmaceutique à jour lorsque les soins sont terminés est déléguée à l'usager.

Les usagers et les familles sont très impliqués dans les soins directs (ex.: élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire [PII]) et dans l'organisation des services (ex.: plusieurs projets qualité). Les usagers et les familles sont très satisfaits. Une approche interdisciplinaire et collaborative existe au niveau des soins de l'usager. On utilise généralement un plan de service documenté dans le logiciel clinique Ariane. Les PII sont réalisés pour les cas complexes, mais ne sont pas toujours présents. Les pratiques sont sécuritaires en regard de la gestion des médicaments, de la prévention et du contrôle des infections et du retraitement des dispositifs médicaux. Seul l'encombrement de certains endroits pose problème.

Volet social

Dans le cadre du volet social des Services généraux, le personnel est familier avec les mécanismes utilisés pour assurer le transfert de l'information en temps opportun et connaît l'importance de documenter le mécanisme qui a été utilisé pour communiquer efficacement l'information lors de la transition. Toutefois, on remarque qu'aucun moyen n'est utilisé pour vérifier et évaluer l'efficacité et le délai du transfert de l'information à travers les services internes et externes. Une communication efficace aux points de contact entre les divers services réduirait la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information, mais aussi d'assurer un suivi afin de prévenir une détérioration de leur état et un potentiel retour à la salle d'urgence. Le cheminement des usagers et les trajectoires de services nécessitent une révision surtout dans le contexte de l'intervention de crise psychosociale. Une approche de projet Lean permettrait d'analyser les données afin de cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à la prestation des services

données afin de cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à la prestation des services en temps opportun surtout au point de contact avec les services d'urgences.

Les usagers et les familles sont impliqués dès le début de leur consultation avec respect, transparence et collaboration. L'approche est basée sur la capacité de chaque usager de participer à ses soins ou services. L'information transmise à l'usager et à sa famille permet une meilleure compréhension de la situation et leur accorde la possibilité de prendre part aux décisions. Les intervenants s'assurent que les usagers participent aux plans d'intervention et comprennent bien l'information concernant les services fournis. La collaboration interdisciplinaire est très présente dans toutes les équipes, ce qui maximise les compétences et le champ d'activités de tous les professionnels, au profit des usagers. Les équipes travaillent en concertation et s'entraident pour répondre à l'offre de service dans un contexte de pénurie de personnel. Malgré ces contraintes, les équipes sont centrées sur les services de qualité auprès des usagers. Une approche active de partage de responsabilités entre les membres de l'équipe est bien intégrée et une créativité réelle ressort. Les équipes ont développé une confiance mutuelle et une capacité de partage pour se soutenir cliniquement par le biais du co-développement. Elles interagissent auprès du client qui est au centre des interventions en tenant compte des avis et l'intelligence collective.

La conformité aux pratiques d'hygiène des mains est observée dans tous les secteurs. Des auto-évaluations et un sondage auprès de la clientèle ont été effectués pour évaluer la conformité. Les résultats de l'évaluation sont diffusés auprès des équipes pour apporter des améliorations aux pratiques en place. Le personnel est bien conscient de l'importance de son rôle pour la sécurité des clients et il exécute ses tâches et ses responsabilités dans cet esprit. Il est proposé de poursuivre les efforts en lien avec la compréhension et la promotion de la déclaration des incidents et des accidents afin d'implanter une culture plus solide dans les services psychosociaux.

Commentaire spécifique au programme-services Santé physique :

Les secteurs d'activités du programme Santé physique bénéficient d'équipes dynamiques qui ont pour but de prodiguer des soins centrés sur l'usager et sa famille. Le personnel est très attentionné, respectueux et démontre de l'intérêt pour la formation. Les usagers sont encouragés à participer à leurs soins et services tout au long du processus de soins. Les équipes sont invitées à intégrer les usagers dans les rencontres interdisciplinaires afin d'établir leurs objectifs de rétablissement. La présence d'usagers partenaires est un atout, mais leur ajout dans différents comités serait souhaitable. Les équipes travaillent en interdisciplinarité et un esprit de collégialité est présent dans un souci de répondre rapidement aux besoins de la clientèle. Les équipes utilisent les données probantes pour améliorer la qualité des soins et les services à la clientèle. Dès l'admission, les équipes interprofessionnelles sont en mode planification de départ. Les trajectoires de soins sont bien définies, mais la gestion des lits demeure un enjeu de taille conjugué avec les problèmes de main-d'œuvre. Les équipes sont encouragées à poursuivre leurs efforts afin de trouver de solutions relatives au manque de personnel.

Les pratiques organisationnelles requises sont suivies par les équipes de travail. La conformité varie d'un site à l'autre et le test de conformité sur l'évaluation de ces pratiques mérite une attention particulière. Parmi les pratiques non conformes, il faut noter le bilan comparatif des médicaments et la communication de l'information aux points de transition de soins. La pandémie a obligé les équipes à se mobiliser et à se doter de standards pour répondre aux exigences de la prévention des infections. Les équipes ont bien intégré ces pratiques et il convient de les féliciter. Les pratiques sécuritaires en lien avec la gestion des médicaments sont dans l'ensemble bien appliquées. La culture de déclaration des événements indésirables (incidents-accidents) est bien implantée, ainsi que le volet de divulgation des événements à l'usager et à sa famille. Certains lieux physiques sont désuets et on observe un certain encombrement et une difficulté à respecter les règles de confidentialité. Les usagers démontrent un haut taux de satisfaction envers les soins et services rendus par les intervenants.

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.

Du 14 au 19 novembre 2021, nous avons eu le plaisir d'accueillir onze visiteurs d'Agrément Canada, dont 2 personnes mentorées, au sein de 19 installations du territoire du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Accompagnés par 10 conducteurs, l'équipe visiteuse a parcouru 1986 kilomètres pour rencontrer le personnel d'environ 75 secteurs différents. Cette évaluation a permis à l'organisme de dresser un rapport faisant état de nos résultats.

Dans le cadre de cette visite, nos objectifs étaient de :

- Poursuivre le développement d'une culture de gestion intégrée de la qualité en cohérence avec notre système de gestion intégrée de la performance;
- Mettre en lumière notre cheminement en tant qu'organisation au plan de l'amélioration continue de la qualité;
- Identifier nos forces et nos opportunités comme leviers d'harmonisation des pratiques et des processus vers l'amélioration continue de la qualité.

Lors de la séance synthèse, nous avons pris acte des constats, des succès et des défis qui ont été soulevés par l'équipe visiteuse. Dans l'ensemble, ce portrait reflète notre situation, en termes d'enjeux à considérer et de potentiel d'amélioration. Nous avons été ravis de constater que l'engagement du personnel a été ressenti par l'équipe visiteuse, "des gens de cœur", d'autant plus qu'il s'agit d'une valeur de notre organisation. De plus, la résilience des équipes interprofessionnelles a été mentionnée, ce qui est signifiant dans le contexte actuel. La culture de gestion de la qualité et de la sécurité de usagers est bien présente ainsi que le système de gestion intégrée de la performance, pour lesquels d'importants efforts ont été consacrés et se poursuivront dans l'avenir, en cohérence avec notre mission d'organisation apprenante. Le contexte pandémique a servi de levier pour le déploiement de la télésanté. Plusieurs modalités témoignent de la présence des usagers et de leurs proches au cœur des soins et services.

Par ailleurs, nous sommes en accord avec les défis identifiés : contrer la pénurie de main d'œuvre et stabiliser les équipes, soutenir la relève des gestionnaires, garantir l'accessibilité aux services, compléter le déploiement du système de gestion intégré de la performance, particulièrement des stations visuelles opérationnelles, poursuivre l'harmonisation des pratiques, faire circuler les bonnes pratiques développées dans l'ensemble des installations et enfin, poursuivre l'implication des usagers et de leurs proches dans des décisions reliées à l'organisation des services.

À la lumière de ces constats, la pérennisation des activités d'amélioration continue de la qualité nous apparait comme un incontournable à consolider. Des actions telles que des exercices de traceurs et des audits sont des pratiques à maintenir ou à développer dans la routine des équipes.

En somme, nous considérons avoir atteint les trois objectifs initialement établis pour cette visite. Nous poursuivons les efforts pour agir sur les zones d'amélioration identifiées, pour consolider les acquis et forces actuelles, tout en nous préparant pour la prochaine visite.

La direction générale tient à féliciter tous les gestionnaires, employés, médecins, chercheurs, usagers et bénévoles pour leur implication dans cette démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services des usagers. Grâce à vous cette visite fut un succès De plus, nous souhaitons remercier l'équipe de direction et la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP), qui a coordonné avec brio cette démarche, qui servira d'intrant dans la pérennisation des activités d'amélioration continue.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et le chapitre du manuel d'évaluation dans lequel il se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communic	ation
Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.65 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.42 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation 14.1.76 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) 2.1.28 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique 4.1.50 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu 5.1.34 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile 6.1.24 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.60
Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.29 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.66 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.24

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
Liste de contrôle d'une chirurgie Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.	 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 Services de dons d'organes (donneurs vivants) 12.1.62
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.	 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.54 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.35 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.33 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.35 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.29 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.41 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.28
But en matière de sécurité des patients : Milieu de t	ravail
Prévenir la congestion au service des urgences Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.	 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu 5.1.39 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.44
But en matière de sécurité des patients : Évaluation	des risques
Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions	 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.34 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 -

universelles sont mises en oeuvre, de la formation et

de l'information sont offertes et les activités

entreprises sont évaluées.

Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.35

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
Prévention des plaies de pression Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.	· Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.35
Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé 7.1.16 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.42 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.29
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA: Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.	 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 Services de dons d'organes (donneurs vivants) 12.1.61

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère no	Critères à priorité élevée	
Chapitre	1 - Excellence des services	
1.2.8	Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.9	L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
1.2.12	Les usagers ont accès à un espace consacré à la spiritualité et à un soutien spirituel qui répond à leurs besoins.	
1.3.1	La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.10	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.11	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
1.3.19	Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

Les trajectoires de services au sein de l'établissement sont bien établies entre les installations pour les services nécessitant des soins autant pour les services plus spécialisés que ceux de deuxième et première ligne. L'équipe de direction est bien au fait des besoins de services de la population et soutien avec diligence les corridors de service nécessaires. Elle possède également tous les indicateurs nécessaires pour suivre les usagers au sein des différents services et identifier la plupart des obstacles, et ce, à un niveau stratégique. En général, les trajectoires de services avec les partenaires externes sont efficaces pour le volet santé physique.

En ce qui a trait aux outils et aux approches dans les différentes installations, il y a un grand effort d'arrimer les processus cliniques. Cependant, vu la variété d'outils existants au sein des différentes installations, la réalisation de cet arrimage est davantage un défi pour les équipes locales. On peut facilement souligner l'implantation du dossier clinique informatisé (DCI) Ariane au sein des autres installations où les attentes sont grandes afin de bénéficier d'un outil qui leur permettra d'accroître leur efficience et être en mesure de donner de meilleurs soins et services à la population.

Pour ce qui est de la mise en œuvre d'une approche de soins centrée sur l'usager, l'établissement fait de grands efforts qui sont fructueux et appréciés par les usagers et les familles. Cet apport enrichit énormément les réalisations et la qualité des projets implantés. On sent que les usagers et les familles sont omniprésents dans l'établissement et c'était vrai aussi lors des passages des visiteurs dans les différentes installations. Toutefois, quatre des sept non-conformités touchent ce volet et mérite une évaluation de la façon d'intégrer les usagers et les familles dans des domaines qui ont traditionnellement moins fait appel aux usagers et aux familles. Il convient de souligner la pratique où les chefs rencontrent un à trois usagers à la suite de leur hospitalisation comme étant une pratique louable démontrant clairement l'engagement de tous envers la population. Ils sont invités à poursuivre leurs efforts afin de répondre au défi de satisfaire les attentes des usagers et des familles qu'ils impliquent; ils relèveront ainsi le défi de recruter de nouveaux participants dans leurs projets.

L'établissement facilite l'approche interdisciplinaire que l'on retrouve sur le terrain de façon très évidente. Avec le projet proximité qui est piloté dans une de leurs installations, ils montrent une volonté de préconiser les solutions locales aux défis locaux. Selon les résultats obtenus, il leur est suggéré de ne pas hésiter à le déployer dans d'autres installations afin de montrer l'importance des différentes cultures locales qui font partie de l'établissement. Les marches GEMBA effectuées auprès des équipes sur le terrain permettent également de renforcer cette orientation qui assure une circulation, du terrain vers le haut de l'établissement, d'idées qui peuvent à leur tour être étendues vers d'autres installations.

Les observations des visiteurs permettent d'affirmer que la culture de sécurité est bien implantée et vécue. Le cadre énoncé par la direction de l'établissement mettant l'accent sur la mesure et les indicateurs en lien avec la sécurité des usagers se transpose dans le quotidien des employés qui donnent les soins et services aux usagers.

Il est fortement suggéré à l'établissement de poursuivre le déploiement du DCI Ariane dans les installations qui n'y ont pas encore accès. Dans ces installations, l'anticipation est très grande et les délais supplémentaires pourraient représenter un risque de démotivation au sein des équipes qui ne bénéficient pas de cette plateforme.

Il y a plusieurs enjeux liés à la vétusté des espaces cliniques et le manque d'espace pour donner des soins et services adéquats à vos usagers. Il est à noter la nécessité de transformer certains espaces pour qu'elles puissent jouer pleinement le rôle clinique attendu. Finalement, il y a plusieurs enjeux qui touchent les chambres d'usagers comportant plusieurs lits ce qui est un risque en prévention et contrôle d'infection. Il est suggéré à l'établissement de se pencher sur cet élément.

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

Critère n	Critère non respecté		
Chapitre	2 - Services des urgences		
2.1.17	Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!	
2.1.20	La vie privée des usagers est respectée pendant l'admission.		
2.1.42	Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!	
2.1.54	En partenariat avec les usagers, familles ou soignants (selon le cas), le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et il peut être achevé à l'unité où les usagers sont acheminés. 2.1.54.1 L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'usager.	POR	
2.1.66	Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!	
2.1.67	Les progrès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.		
2.1.76	Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi lorsque les services sont fournis.		
2.1.81	Les usagers qui ont reçu des sédatifs ou des narcotiques sont surveillés.		

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services des urgences

Les équipes des services des urgences du CIUSSS de l'Estrie - CHUS ont déployé beaucoup d'efforts et d'initiatives pour améliorer les soins et services offerts aux personnes âgées qui transitent par les services des urgences. Entre autres, l'obtention d'une certification en gériatrie pour deux des services soit l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et l'Hôpital de Brome-Missisquoi-Perkins, la politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, l'approche adaptée pour personnes âgées ainsi que l'ajout d'infirmières cliniciennes en gériatrie.

Mis à part la contribution à une meilleure fluidité, le bien-être de cette clientèle vulnérable ne peut qu'être amélioré en évitant le déconditionnement et les risques occasionnés par les séjours hospitaliers. L'établissement est invité à poursuivre l'implantation de ces belles initiatives dans tous les services des urgences et d'inclure les partenaires externes pour les engager dans le processus.

Les équipes sont également encouragées à revoir les stratégies en place pour assurer une meilleure coordination avec les groupes de médecine familiale (GMF) du territoire malgré l'entente en place afin d'assurer une fluidité et une optimisation des réorientations.

Une autre belle initiative remarquée est le Programme des étoiles filantes, pour les enfants décédés à l'urgence de l'Hôpital de Granby. Une initiative touchante développée en partenariat avec une famille endeuillée.

Il convient également de souligner les corridors de services pour la téléthrombolyse avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) lorsqu'il n'y a pas de neurologues sur place pour les accidents cérébrovasculaires (ACV).

Un programme à développer serait la gestion de la douleur, compte tenu des efforts misés sur la clientèle gériatrique qui représente un de vos grands consommateurs de narcotiques. Une évaluation des pratiques à cet égard permettra de bien identifier les pistes d'amélioration.

Plusieurs mesures mises en place pour prévenir le risque de suicide chez la clientèle dans tous les services des urgences ont été observées. Il convient également de souligner la très belle unité avec deux salles d'isolement pour la clientèle en santé mentale à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

Il a également été observé que le bilan comparatif des médicaments n'est pas complété pour tous les usagers dans les services où il y a un manque d'effectif en pharmacie et où le manque de technologie informatique rend la tâche plus lourde, comme ce fût le cas à l'Hôpital Fleurimont. On souhaite cependant Rappention de la procédure CIUSSS bien implantée pour tous les services des urgences. Résultats détaillés de la visite

Dans tous les services des urgences, une prise en charge rapide de la clientèle au triage et l'utilisation d'outils de documentation normalisés ont été observées. Toutefois, la prévention des chutes et le consentement éclairé restent des critères à travailler pour ce secteur où le haut niveau d'activité pose un défi. La pratique organisationnelle requise de double identifiant est bien implantée dans tous les services.

Il convient de souligner l'initiative d'un journal mensuel de l'urgence pour le personnel du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, avec différents thèmes reliés à sécurité et l'amélioration continue comme les rapports de déclaration d'incident ou d'accident AH-223 et des messages clés pour faciliter la communication.

Malgré une pénurie de personnel dans tous les services des urgences, la formation du personnel semble être elle à géométrie variable selon les services. L'établissement est invité à revoir la structure et faciliter la mise à jour des formations cliniques pertinentes aux services des urgences.

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

Critère	Critère non respecté				
Chapitr	Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation				
3.1.5		ormation et du perfectionnement sont fournis à l'équipe sur le sécuritaire et approprié aux mesures de contention.			
3.1.6	déterm	ormation et du perfectionnement sont offerts à l'équipe pour iner dans quels cas il faut accompagner les usagers qui reçoivent vices ailleurs.	!		
3.1.20		entement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la ion des services.	!		
3.1.21	consen	e l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le tement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des ns en son nom.	!		
3.1.29	identifi	enariat avec les usagers et les familles, au moins deux cateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 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		
3.1.31	les résu	e santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et Iltats de l'évaluation sont consignés suivant une approche ue, en partenariat avec l'usager et la famille.	!		
3.1.35	usagers	comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les et les familles pour communiquer des renseignements exacts et ts sur les médicaments aux points de transition des soins. Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées. Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	POR		

	3.1.35.3	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. L'usager, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	
3.1.43	•	d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
3.1.44	-	ieu, le plan d'intervention interdisciplinaire prévoit des stratégies valuer et gérer la douleur.	
3.1.45	•	d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi les services sont fournis.	
3.1.54	sont su	grès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus rveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée oporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au	
3.1.60	services	ification des points de transition des soins, y compris la fin des s, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et en partenariat avec l'usager et la famille.	
3.1.61		nation pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée n efficace aux points de transition des soins. 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. Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 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. L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	POR

3.1.61.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :

utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;

demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

3.1.62 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

L'Hôtel-Dieu de Sherbrooke est doté d'une équipe dynamique et mobilisée axée sur la qualité des soins et des services. Un souci d'offrir des soins sécuritaires est présent. Une équipe interdisciplinaire y travaille en collaboration.

L'établissement est encouragé à mieux intégrer l'usager et sa famille dans la planification, la dispensation et l'amélioration de ses soins et services. Le travail de partenariat avec l'usager ou sa famille est un moyen concret pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services aux usagers. De plus, une approche proactive de la gestion des risques demeure une perspective efficace pour réduire les incidents ou accidents.

L'établissement est encouragé à mettre à niveau son programme de formation des équipes de soins particulièrement au niveau de la prévention des chutes, le traitement et la prévention des plaies de pressions et l'utilisation judicieuse des mesures de contrôles.

L'établissement est encouragé à mettre en place un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) pour l'ensemble de ses usagers hospitalisés comprenant une liste des problèmes, un ou des objectifs communs et des interventions spécifiques, le tout fait en collaboration avec l'usager et sa famille. L'approche actuelle relève plus d'une approche collaborative de différents intervenants, mais ceux-ci ne travaillent pas nécessairement vers un objectif commun. Le Plan thérapeutique infirmier (PTI) est une note infirmière légale qui est propre à la discipline des soins infirmiers et ne remplace pas un PII.

La gestion des médicaments est sécuritaire et le circuit des médicaments est conforme aux normes établies. Cependant, la double identification n'est pas appliquée de façon uniforme par tous, mais la double vérification des médicaments d'alerte élevée est appliquée. Le bilan comparatif du médicament (BCM) est à appliquer dans une plus large mesure, car il est une composante importante de la sécurité reliée aux médicaments et à la continuité des soins dans le cadre de la transmission de l'information médicamenteuse aux points de transition.

En ce qui concerne la formation, l'établissement est encouragé à poursuivre les formations pertinentes à la prévention de chutes, le traitement et la prévention des plaies de pression ainsi que la gestion de la douleur. Particulièrement pour la prévention des chutes, il est important que l'évaluation du risque de chute soit faite sur une base régulière pour la clientèle vulnérable tout comme l'évaluation du risque de plaies de pression et le suivi régulier de la douleur pour les usagers utilisant des opiacés sur une base régulière à cette fin.

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

Critère no	Critères à priorité élevée			
Chapitre	4 - Services de soins critiques			
4.1.27 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.				
Commentaires des visiteurs				
Chapitre	Chapitre 4 - Services de soins critiques			

Les unités de soins critiques du CHUS et de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke bénéficient d'un fonctionnement largement standardisé, d'outil commun et d'une équipe partagée pour les soins intensifs médicaux et chirurgicaux. L'utilisation de fonctionnalités poussées par le dossier médical électronique assure la standardisation des protocoles. De plus, la présence de cadres stables depuis plusieurs années et la culture de cogestion ont permis des initiatives de qualité importantes.

L'unité des soins coronariens pour sa part, malgré des efforts considérables des équipes cliniques, est limitée dans ses améliorations par des locaux désuets qui amènent un important encombrement. C'est encore pire dans la section des soins de courte durée où les installations physiques mettent en péril la sécurité des usagers (encombrement) et leur dignité (promiscuité des « lits » et présence d'une seule salle de bain de dimensions inappropriées pour la sécurité des usagers).

Les soins intensifs de l'Hôpital de Granby bénéficient pour leur part de nouvelles installations exceptionnelles. Cependant, l'absence des mêmes systèmes d'information limite la capacité de standardisation des pratiques et des soins.

Dans tous les cas, malgré le fait que les soins critiques sont propices à des dilemmes éthiques, le recours aux services du comité d'éthique clinique et organisationnel reste marginal. Un meilleur arrimage entre les équipes cliniques et le comité pourrait apporter un soutien plus pertinent.

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

Critère	Critère non respecté		
Chapitr	e 5 - Servic	es de néonatalogie	
5.1.33	usagers	n comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les s et les familles pour communiquer des renseignements exacts et ets sur les médicaments aux points de transition des soins.	POR
	5.1.33.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	
	5.1.33.2	Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.	
	5.1.33.3	Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	
5.1.34	chutes, et de l'i	révenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.	POR
	5.1.34.3	L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
5.1.35	évalué	ue pour chaque usager de développer une plaie de pression est et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de n sont mises en oeuvre.	POR
	compri	QUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y s la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation ques validé pour les consultations externes.	

	5.1.35.3 5.1.35.5	Des protocoles et procédures documentés, fondés sur les lignes directrices en matière de meilleures pratiques, sont mis en oeuvre pour prévenir le développement de plaies de pression. Ces protocoles et procédures comprennent des interventions pour prévenir la détérioration de la peau, minimiser la pression et la friction, changer de position, gérer le taux d'humidité, optimiser la nutrition et l'hydratation, ainsi que la mobilité et l'activité. 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.	
5.1.41		d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
5.1.51	pneum	erventions nécessaires pour la prévention et le traitement de la onie acquise sous ventilation assistée (PVA) sont mises en oeuvre us les usagers intubés, sous trachéostomie ou sous ventilation que.	!
5.1.55	sont su	grès de l'usager par rapport aux objectifs et aux résultats attendus rveillés en partenariat avec l'usager, et l'information est utilisée porter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au	
5.1.64	services	ification des points de transition des soins, y compris la fin des s, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et en partenariat avec l'usager et la famille.	
5.1.65		nation pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée n efficace aux points de transition des soins. Secondaire: L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	POR

- 5.1.66 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.
- 5.1.68 Le risque de réadmission de l'usager est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 - Services de néonatalogie

La famille et l'usager sont vraiment au centre des préoccupations des équipes de néonatalogie. Étant nommée centre de référence pour les usagers positifs à la COVID-19, l'unité de néonatalogie a rapidement déployé des mesures de sécurité et des outils informatiques pour informer et assurer l'implication des familles, tout en évitant la propagation du virus, et ce, malgré un environnement peu propice à ce changement. Bravo à l'équipe pour son agilité et sa créativité. L'aire ouverte a été ajustée en conséquence et assure la sécurité des usagers, il reste toutefois un élément difficile à contrôler, soit le respect de la confidentialité dans l'unité.

L'ajout d'une infirmière clinicienne assignée aux projets cliniques va certainement contribuer à l'implantation et à la mise à jour de meilleures pratiques. L'équipe est invitée à revoir par exemple la prévention de la pneumonie acquise sous ventilation mécanique pour suivre les meilleures pratiques de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il convient de souligner l'implication et le dévouement du chef médical qui instaurent une philosophie d'amélioration continue centrée sur l'usager et qui semble mobiliser les équipes vers des objectifs communs. L'implantation d'une structure de suivi d'indicateurs et de données fiables et pertinentes pour la néonatalogie permettra à l'équipe de bien définir ses priorités d'actions. La structure de co-gestion médico-nursing fait exemple de modèle dans cette équipe dynamique et apprenante qui travaille en interdisciplinarité en incluant la famille et l'usager.

On souligne la collaboration avec les équipes de pédiatrie qui ont permis, entre autres, de prodiguer des soins palliatifs en toute dignité à un jeune usager.

Le nouveau centre mère-enfant est également au cœur des discussions et sollicite beaucoup de réflexion de la part des équipes afin d'assurer une transition fluide et bien planifiée. Il convient de souligner l'implication du personnel, des médecins et des familles dans le processus pour un projet d'envergure prometteur et rassembleur.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie

Critère	non respec	té	Critères à priorité élevée
Chapitr	e 6 - Servic	es de pédiatrie	
6.1.4	l'organ	ormation et du perfectionnement sont offerts sur les processus de isme visant à déterminer, à augmenter ou à changer le niveau de l'un usager.	!
6.1.31	les résu	le santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et ultats de l'évaluation sont consignés suivant une approche que, en partenariat avec l'usager et la famille.	!
6.1.35	usagers	comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les et les familles pour communiquer des renseignements exacts et ets sur les médicaments aux points de transition des soins. Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec les usagers, les familles, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées. Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé. L'usager, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	POR
6.1.42	•	n d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est é en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
6.1.43	-	lieu, le plan d'intervention interdisciplinaire prévoit des stratégies valuer et gérer la douleur.	
6.1.44	•	d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi e les services sont fournis.	
6.1.57	service	ification des points de transition des soins, y compris la fin des s, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et e en partenariat avec l'usager et la famille.	
6.1.62	•	ue de réadmission de l'usager est évalué, le cas échéant, et un suivi rié est coordonné.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 6 - Services de pédiatrie

Les équipes de pédiatrie ont réussi à maintenir une stabilité malgré la période difficile que nous traversons avec l'urgence sanitaire, ce qui démontre l'engagement des professionnels à offrir des soins et des services sécuritaires, centrés sur l'usager et sa famille. L'équipe médicale offre un soutien indéniable à la clientèle et aux équipes cliniques et l'on peut ressentir les impacts positifs de la co-gestion médiconursing sur ceux-ci. La collaboration entre les différents départements facilite la prise en charge et le suivi des clientèles plus complexes lorsque nécessaire.

Mis à part la résilience des équipes, certaines réussites des services de pédiatrie méritent d'être soulignées comme le déploiement des services d'oncopédiatrie dans la région afin d'améliorer la prise en charge de cette clientèle complexe. Les équipes peuvent être fières des services offerts et les familles rencontrées en sont très reconnaissantes et satisfaites. Il faut aussi souligner l'agilité et la créativité des équipes de l'unité de pédiatrie pour la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs et le programme d'accompagnement au deuil afin de diminuer les impacts de ce moment extrêmement difficile pour la famille. La prise en charge de la clientèle pédopsychiatrique sur l'unité de pédiatrie, lorsque la condition de santé de l'enfant le requiert, permet aussi de constater la grande collaboration entre les spécialistes et les équipes au bénéfice de la clientèle.

Cependant, toute spécialisation signifie généralement un besoin en formation continue, ce qui n'a pas pu être réalisé dans le contexte actuel. L'urgence sanitaire a conduit vers une concentration des formations en prévention et contrôle des infections; heureusement, les équipes ont su répondre à l'appel pour contrôler la pandémie. On peut cependant observer que le personnel est maintenant mobilisé à recentrer leur énergie sur le développement de leur compétence en lien avec les besoins émergents des spécialités pédiatriques. L'établissement est donc invité à revoir les stratégies pour répondre à ce besoin afin d'assurer le maintien de cette offre de service spécialisée sur son territoire.

L'ajout d'une infirmière clinicienne est un gage d'amélioration de la qualité pour les équipes, on peut observer déjà les impacts positifs de sa contribution avec l'amélioration de la documentation avec les notes à cocher. Les équipes sont encouragées à poursuivre les projets d'amélioration continue et introduire un plan d'intervention interdisciplinaire avec la participation des usagers et de leurs familles.

On ne peut passer sous silence la désuétude de l'unité et la complexité de la gestion des risques dans les chambres à lits multiples en contexte pandémique. L'intérêt des équipes pour le nouveau centre mère-enfant, actuellement en construction, mobilise le personnel. Leur implication et celle des usagers dans la planification des futurs services reflètent bien la philosophie de partenariat souhaitée et déployée par l'établissement.

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

Critère r	non respec	té	Critères à priorité élevée
Chapitre	7 - Service	es d'oncologie	
7.1.53	•	ie systémique seulement : Des lignes directrices en matière de des cathéters veineux centraux sont suivies par l'équipe.	
7.1.66	identifi	enariat avec les usagers et les familles, au moins deux cateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que r reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	POR
	7.1.66.1	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.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 7 - Services d'oncologie

L'ensemble du continuum des soins et services en oncologie du diagnostic et de la planification des soins, du traitement jusqu'à la planification de la transition, sont fluides, intégrés et coordonnés. La référence, l'admission et la prise en charge des usagers répondent aux cibles établies dans un contexte de pandémie. Plusieurs projets de réorganisation sont centrés sur l'optimisation du parcours de l'expérience-usager (ex. : réorganisation du contrôle sanguin 48 h) et d'autres améliorent la qualité, la sécurité du suivi et la transmission des informations clinique des usagers (ex. : Onco-expert).

La culture de qualité et de recherche caractérise les services d'oncologie et de radiothérapie. Les expertises médicales sont hautement spécialisées. L'équipe de pharmacie oncologie sur place est expérimentée, efficace. Les outils informatiques lui permettent une gestion efficace, efficiente et sécuritaire du circuit du médicament et du bilan comparatif des médicaments. Les expertises professionnelles sont variées et complémentaires (ex. : infirmières pivots en oncologie [IPO], travailleuses sociales, psychologues, etc.). À cet égard, le rôle des intervenants en soins spirituels semble moins connu et leur participation limitée dans l'offre de services aux usagers.

L'accès aux services de radiothérapie est fluide, coordonné et planifié avec les services d'oncologie pour répondre aux besoins de la population. Les services sont hautement réglementés et conformes aux politiques et procédures. L'environnement physique est vétuste et l'espace limité. Certains travaux de rénovation sont en attente (ex. : planchers).

Les salles de traitement de chimiothérapie sont petites, la distanciation physique de deux mètres est respectée; cependant, il y a un risque en matière de confidentialité. Malgré certains environnements contraignants (ex. : salles de traitement de chimiothérapie petites, manque d'espace), le dévouement des équipes et des gestionnaires est à souligner.

Quelques pistes d'amélioration potentielles sont identifiées. Le déploiement du dossier clinique informatisé Ariane en lecture et écriture est recommandé pour optimiser la planification et le suivi des usagers des services d'oncologie à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Cowansville. Le matériel adéquat pour l'administration sécuritaire de la chimiothérapie devrait être fourni rapidement aux infirmières de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Cowansville pour répondre aux exigences des lignes directrices. La formation, l'habilitation et l'intégration du dépistage de la détresse et l'évaluation du risque du suicide sont à améliorer pour assurer un meilleur filet de sécurité et de protection aux usagers et aux familles. Un rappel de la double vérification indépendante aux agentes administratives est à faire.

Les usagers rencontrés expriment un haut niveau de satisfaction en regard des informations reçues, de la préparation aux traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, de la planification du suivi et de l'approche humaniste des équipes médicales, et équipes de soins et de services.

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

Critère ı	Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre	e 8 - Service	es de soins palliatifs et de fin de vie	
8.1.35	chutes,	évenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation nformation sont offertes et les activités entreprises sont évaluées. Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes. Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes	POR
	8.1.35.3	et réduire les blessures causées par les chutes. L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
8.1.43	•	d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
8.1.44	•	d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'usager est suivi les services sont fournis.	

Commentaires des visiteurs

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

Une équipe multidisciplinaire impliquée, dédiée et performante œuvre auprès des usagers en soins palliatifs à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke. L'unité est chaleureuse et bien entretenue. L'établissement est cependant invité à porter une attention particulière à la peinture de certains murs des chambres dont certaines sont abîmées, ceci en pensant aux usagers qui sont dans cet environnement pour leur fin de vie.

Les usagers se disent satisfaits des services reçus, de la disponibilité des membres de l'équipe et de l'attention portée à leurs demandes. Les familles sont aussi satisfaites des services rendus à leurs proches.

Les usagers et familles sont impliqués dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) selon leur capacité, mais pas dans le plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Les membres de l'équipe interdisciplinaire font le lien (de façon non structurée) pour l'usager et sa famille lors de la rencontre PII. Il a été fortement recommandé d'impliquer les usagers (selon leur capacité) et leurs familles dans le PII de l'usager. La formule du PII est cependant à revoir, car ce dernier doit comprendre les problèmes ou les besoins identifiés, le ou les objectifs et des interventions spécifiques avec des échéanciers et moyens d'évaluation. La formule en place actuellement s'approche plutôt d'une collaboration entre différents professionnels, mais sans nécessairement œuvrer autour d'un objectif commun.

Il faut noter la présence régulière de deux médecins, d'une pharmacienne, d'une psychologue et d'une infirmière clinicienne spécialisée dédiée à la formation et l'amélioration continue de la qualité des soins et services. Le soutien psychologique s'étend aussi aux familles et au soutien à l'équipe de soins. Il faut aussi noter l'implication d'un agent de recherche qui assiste l'équipe dans le développement d'outils d'évaluation de la qualité (ex. : la double vérification des médicaments d'alerte élevée, la prévention et les soins de plaies de pression, la transmission de l'information aux points de transition et l'administration des médicaments) et la réalisation de plusieurs audits. Ces audits sont réalisés régulièrement et des mesures correctives sont mises en place.

La trajectoire de l'usager en fin de vie est fluide. L'accès aux services est facile et les délais sont raisonnables selon les utilisateurs rencontrés. Le délai d'attente est acceptable et les usagers se disent satisfaits des délais et du processus d'admission.

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

Critère no	Critères à priorité élevée			
Chapitre	9 - Services interventionnels et périchirurgicaux			
9.1.6	Les salles où sont effectuées les interventions chirurgicales et invasives ont au moins 20 changements d'air total par heure.	!		
9.1.8	Un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération ou d'intervention et des secteurs connexes est affiché à un endroit où tous les membres de l'équipe peuvent accéder.	!		
9.1.13	Les articles contaminés sont transportés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées.	!		
9.1.14	Lors du transport d'équipement ou d'appareils et instruments contaminés, les lois en vigueur sont respectées, les conditions environnementales sont vérifiées et des contenants, boîtes, sacs et véhicules de transport propres et appropriés sont utilisés.	!		
9.1.19	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.	!		
9.1.42	Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!		
9.1.43	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.	!		
9.3.12	Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.	!		
Commen	Commentaires des visiteurs			
Chapitre	9 - Services interventionnels et périchirurgicaux			

Les trajectoires des services interventionnels et périchirurgicaux sont fluides, intégrées et coordonnées pour répondre efficacement aux besoins de la population. Plusieurs gestionnaires ont moins de deux ans d'ancienneté dans certains services. La culture de qualité semble bien ancrée. La mise en place d'un «caucus de coordination des services» assure le suivi des indicateurs et l'accessibilité équitable aux services selon une approche populationnelle et de performance organisationnelle.

La mobilisation et l'engagement du corps médical, des équipes de soins et des gestionnaires malgré certains environnements contraignants (ex. : salles désuètes, manque d'espace pour l'équipement) sont à souligner. À cet effet, plusieurs stratégies sont mises en place pour augmenter la réactivité de l'établissement aux besoins grandissants dans la région. L'optimisation de l'utilisation des salles d'opération, les ententes de services avec des partenaires externes (ex. : Clinique médicale de Bromont pour les chirurgies en ophtalmologie), les mécanismes de priorisation de la programmation des chirurgies par Réseau local des services (ex. : Hôpital de Granby oncologie, hospitalisations [7/semaine], hors délais [200 %], césariennes) ne sont que quelques exemples pour améliorer l'offre des services.

Quelques pistes d'amélioration potentielles sont identifiées. À cet égard, la visibilité et le contrôle de la traçabilité de la qualité de l'entretien des salles d'opération sont à harmoniser, par exemple, l'horaire est affiché sur la porte d'entrée de l'équipe d'entretien (Hôpital Fleurimont), l'horaire et la fiche de vérification sont affichés dans un garde-robe accessible, mais peu visible (Hôpital de Granby), la fiche de vérification est le plus souvent non remplie depuis le départ d'un membre du personnel (Centre de santé et de services sociaux du Granit). De plus, la présence de certains consentements verbaux avec note au dossier seulement (ex. : hémodynamie à l'Hôpital Fleurimont) mériterait une révision. L'établissement est invité à s'assurer de déterminer les lignes directrices claires quant au consentement requis selon les lois en vigueur. Ensuite, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) se base le plus souvent sur une seule source et généralement une seule fois et porte peu attention à une comparaison avec la liste actuelle (Centre de santé et de services sociaux du Granit). Certaines politiques et procédures sont à réviser et harmoniser (ex. : la politique de thrombo-embolie veineuse [TEV] est datée de 2014).

En outre, le rapport du bloc opératoire de l'Hôpital Fleurimont consulté montre moins de 20 changements d'air total/heure. Toutefois, toutes les salles sont à air neuf à 100 %. Les médicaments (au bloc opératoire, en chirurgie d'un jour, dans les services ambulatoires spécialisés) sont entreposés de façon sécuritaire (ex. : les chariots à cas sont entièrement en acier inox et sont complètement fermés pour assurer la stérilité et aussi la non-contamination postopératoire). L'établissement est invité à maintenir une surveillance rigoureuse de la gestion des narcotiques (ex. : l'armoire des narcotiques peut ne pas être verrouillée [Hôpital Fleurimont]) et à continuer le déploiement du bilan comparatif des médicaments (BCM).

Les usagers rencontrés expriment un haut niveau de satisfaction en regard des informations reçues, la préparation aux chirurgies, la planification du suivi et l'approche humaniste des équipes médicales, de soins et des services.

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

Critère non respec	té	Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Servi	ces de soins ambulatoires	
	entement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la ion des services.	!
identifi	enariat avec les usagers et les familles, au moins deux cateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 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
les résu	le santé physique et psychosociale de chaque usager est évalué et Iltats de l'évaluation sont consignés suivant une approche ue, en partenariat avec l'usager et la famille.	!
10.1.29 Le bilar usagers comple	a comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les et les familles pour communiquer des renseignements exacts et its lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la des médicaments est une composante importante des soins. Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique. Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.	POR

	10.1.29.4	Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'usager et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées. Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'usager et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usager devrait prendre.	
10.1.30	applicat environ	cautions universelles en matière de prévention des chutes, ples au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un nement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire e de blessures liées aux chutes.	!
10.1.34	•	d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.	!
10.1.41	services	fication des points de transition des soins, y compris la fin des s, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et en partenariat avec l'usager et la famille.	
10.1.42		nation pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée nefficace aux points de transition des soins. 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. Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 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. L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	POR

10.1.42.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:

utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;

demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

10.1.43 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Dans l'ensemble des installations, les soins ambulatoires offrent des services particulièrement bien adaptés aux besoins des clientèles desservies selon des modalités propres aux contextes divers. Pour ce faire, ils ont développé des collaborations très productives avec leurs partenaires internes et ceux de la communauté.

Cependant, le grand nombre de sites et leurs fonctionnements très différents limitent de façon significative la standardisation des processus importants, dont certaines pratiques organisationnelles requises. La réalisation du bilan comparatif des médicaments démontre une grande variabilité et des procédures claires devraient l'encadrer afin d'assurer une sécurité optimale des usagers. Il en est de même pour la formalisation des informations à transmettre aux points de transition qui devraient compter sur des outils communs. Il en va de même pour la consignation du consentement des usagers aux soins.

Les usagers engagés dans des soins continus offerts par les services ambulatoires devraient également être l'objet de plans d'intervention interdisciplinaires (PII) formels.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire		
11.1.2	Au moins une fois par année, l'équipe recueille de l'information auprès des professionnels de la santé qui acheminent des usagers au sujet de leurs besoins en matière de services d'imagerie diagnostique.	
11.1.3	Au moins une fois par année, l'équipe passe en revue l'information recueillie auprès des usagers et des professionnels de la santé qui acheminent des usagers pour cerner les points forts et les possibilités d'amélioration relatives aux besoins en matière de services, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
11.1.40	L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
11.1.46	Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux usagers.	!
11.1.47	Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
11.1.61	Pour tous les examens nécessitant une exposition de l'abdomen ou du bassin, l'équipe demande aux usagères en âge de procréer s'il y a possibilité qu'elles soient enceintes, et leur réponse est notée.	!
11.1.97	L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.	!
11.1.98	L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
11.1.100	Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!
11.2.9	Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	

11.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.
 11.4.3 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration

et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

L'équipe d'imagerie médicale et de médecine nucléaire du CUISSS de l'Estrie - CHUS est composée d'employés dynamiques, engagés et soucieux de la qualité des soins et des services à la clientèle. Les technologues se conforment aux exigences du programme de maintien des compétences exigées par leur ordre professionnel respectif.

Les équipes de soutien administratif sont compétentes et très efficaces dans les multitudes de tâches qui leur sont confiées dans l'offre des services aux usagers ainsi qu'aux nombreux partenaires du service d'imagerie et de médecine nucléaire.

Malgré les rénovations dans plusieurs des installations, les espaces physiques et les corridors sont libres d'encombrement et permettent un accès sécuritaire, peu importe l'utilisation d'aides à la mobilité telles que marchettes, béquilles ou fauteuils roulants. Les cabines de déshabillage sont bien situées et assurent le respect de l'intimité. Les zones d'accès restreints sont identifiées soit par une affiche ou une enseigne lumineuse, les salles d'examen sont propres et le matériel est bien rangé.

Les appareils sont dotés de contrat de service et des inspections sont effectuées selon le code de radioprotection. Les problématiques impliquant les appareils sont documentées dans un cahier et signalées aux bonnes personnes afin d'apporter les correctifs nécessaires.

Des manuels techniques sont disponibles dans chacune des modalités et facilement accessibles pour les technologues, l'établissement est encouragé à faire la mise à jour annuelle dans chacun de ses services. L'équipe de radiologues est engagée et collabore ouvertement avec les technologues pour assurer une qualité optimale des images diagnostiques. Des activités d'amélioration de la qualité sont partagées avec l'ensemble du personnel par le biais de stations visuelles électroniques et physiques.

Les heures d'ouverture sont constamment ajustées afin de répondre à la demande d'examens des prescripteurs, un bel exemple est l'offre de service d'imagerie par résonnance magnétique de nuit à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

L'acquisition récente d'un injecteur automatique au secteur de médecine nucléaire à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke pour la tomographie par émission de positrons (TEP) permet la diminution considérable de la dose de radiation aux technologues de ce secteur.

Une mise à niveau s'impose dans plusieurs services d'échographie en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des gels médicaux. Des ressources actuelles telles que les normes de Prévention et contrôle des infections (PCI) Canada et les lignes directrices de pratique professionnelle d'Échographie Canada sont d'excellentes références en échographie. L'établissement est encouragé à revoir le processus de nettoyage et de désinfection à haut niveau de ces services à l'Hôpital, au CLSC et au Centre d'hébergement d'Asbestos afin de se conformer aux meilleures pratiques.

Une multitude d'indicateurs qualité sont surveillés au quotidien afin d'assurer un service efficace et efficient comme le nombre d'examens en attente, le nombre d'examens réalisés par modalités, les délais d'interprétation des images radiologiques pour en nommer quelques-uns.

Il faut souligner la participation des usagers dans le projet de modernisation du secteur de mammographie de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke. De plus, plusieurs secteurs ont aménagé l'espace afin de permettre un environnement qui favorise la quiétude et le bien-être des usagers. Les panneaux lumineux dans les salles d'examen à Hôpital de Granby sont particulièrement apaisants et viennent placer un baume sur la froideur des tables et salles d'examens radiologiques traditionnelles.

Une excellente collaboration avec les équipes multidisciplinaires règne (ex. : les unités de soins, l'urgence et les services de chirurgie et médecine de jour) et permet une fluidité dans le service et une utilisation optimale des modalités pour répondre aux besoins des usagers.

Les services d'imagerie médicale disposent d'excellentes ressources dans chacun des sites visités. La poursuite de la collaboration et le partage des meilleures pratiques entre les secteurs sont vivement encouragés.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)

Critère non respecté		Critères à priorité élevée	
Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)			
12.1.3	soins in	es en temps opportun aux salles d'opération, aux lits de l'unité de tensifs (USI) et aux chambres standard est fourni pour procéder au ment des organes et offrir des soins de suivi.	
12.1.7	et d'un	cédures d'opération normalisées (PON) font l'objet d'une évaluation examen annuels, et selon les résultats, les PON, les activités de on et les processus de surveillance sont modifiés, au besoin.	
12.1.61	embolie	gers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo- e veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) entifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.	POR
	s'appliq s'appliq	Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle ue uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne ue pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant nuit d'hospitalisation.	
	12.1.61.2	Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.	
	12.1.61.3	Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.	
12.1.62	confirm	e de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de er que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une ntion chirurgicale effectuée à la salle d'opération.	POR
	12.1.62.3	Un processus est en place pour vérifier le respect de la liste de contrôle.	
	12.1.62.4	L'utilisation de la liste de contrôle est évaluée et les résultats sont communiqués à l'équipe.	
	12.1.62.5	Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour améliorer la mise en oeuvre et élargir l'utilisation de la liste de contrôle.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)

Les visiteurs ont rencontré une équipe avec un leadership organisationnel bien défini qui compte sur une infirmière clinicienne dédiée au programme. Ils ont pu constater que cette infirmière offre un soutien et un accompagnement hors pair aux usagers et aux professionnels qui font partie du programme tant à la clinique de don qu'au bloc opératoire. De plus, elle s'implique dans le processus d'assurance de la qualité, notamment dans la rédaction, la révision et la mise en connaissance des procédures d'opération normalisées (PON) qui encadrent les activités dédiées au programme. Également, elle fait les suivis nécessaires auprès des équipes qui font partie de la trajectoire du don vivant.

Il faut souligner que cette infirmière a obtenu le Prix du professionnel de la santé en néphrologie 2021, remis par la Société québécoise de néphrologie (SQN) en reconnaissance de l'excellence du travail réalisé.

Aussi, l'équipe consacre du temps de qualité auprès du donneur avec un enseignement poussé afin que celui-ci prenne une décision éclairée et puisse toujours avoir l'option de revenir sur sa décision et se retirer s'il le souhaite.

D'autre part, il est à remarquer le respect de la confidentialité au sein de l'équipe et le fait que tout au long du processus d'évaluation aucune coercition ou pression n'est exercée auprès du donneur vivant potentiel.

L'équipe est également inscrite au programme de don croisé (programme d'échange pancanadien) qui est présenté aux donneurs potentiels qui ne sont pas compatibles avec le receveur pour lequel ils se présentent à la clinique, mais qui souhaitent fermement y participer afin de faire bénéficier son receveur dans une chaîne de don croisé.

À la clinique du don vivant, il existe une force de travail collaboratif et en interdisciplinarité. Il a été mentionné la grande collaboration et la présence du chirurgien de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'établissement tant pour le personnel de la clinique que pour le personnel du bloc opératoire.

Les visiteurs ont discuté avec un donneur qui se dit très satisfait du parcours et de l'accompagnement de toute l'équipe tout au long du processus de don d'organes. Des mots de remerciements ont été exprimés et toute sa reconnaissance a été partagée en deux mots : « équipe WOW ».

Lors de l'évaluation, les procédures d'opérations normalisées (PON) mises en place ont été identifiées; cependant, l'équipe est encouragée à poursuivre les efforts de révision et d'actualisation des dites

Rapport de visite

procédures dont quelques-unes datent de 2016. De même pour le calendrier d'audit qui est aussi en préparation. Les derniers audits ont été réalisés en 2018. Tout ce travail d'actualisation et de réalisation d'audits facilitera la préparation des activités pour faire face à la visite d'inspection de Santé Canada qui se tiendra dans un avenir proche.

Aussi, une amélioration dans l'organisation du travail avec une optimisation de ressources aiderait l'équipe à une prestation de service plus optimale et à une réduction de la charge de travail qui repose actuellement sur les épaules d'une seule personne.

Le gestionnaire du secteur est à la recherche de solutions et il a besoin de l'implication de l'établissement afin de l'aider à franchir les obstacles auxquels il fait face actuellement. Parmi les obstacles mentionnés se trouve la difficulté à avoir un accès en temps opportun aux salles d'opération. L'établissement est encouragé à faire du don vivant une priorité pour le bloc.

Par ailleurs, il a été constaté que bien qu'il existe des ordonnances médicales sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) dans certains dossiers évalués, cette pratique n'est pas intégrée ni adoptée de façon uniforme par l'équipe de soins. Une ligne directrice existe pour l'Hôpital Fleurimont, cependant elle date de 2014. L'établissement est invité à actualiser et à diffuser le document auprès du personnel.

Pour ce qui est de la liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire, bien que l'équipe se soit entendue sur une liste et que celle-ci soit consignée et déposée au dossier, il n'y a pas d'évidence que le processus en place est vérifié et qu'une diffusion aux équipes est réalisée. L'établissement est invité à identifier un moyen pour assurer la réalisation des évaluations ainsi que de la diffusion de résultats aux équipes.

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

Critère n	Critères à priorité élevée		
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)			
13.1.2	Des politiques en matière de don d'organes et de tissus sont élaborées avec l'apport des usagers et des familles.		
13.1.3	Une politique sur le don d'organes et de tissus à la suite d'un décès circulatoire est élaborée avec l'apport des usagers et des familles.		
Commentaires des visiteurs			
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)			

L'équipe de dons d'organes (donneurs décédés) de l'Hôpital Fleurimont est une équipe très motivée; ce programme lui tient à cœur et elle est à l'écoute des besoins des familles. L'équipe est sensibilisée à détecter les donneurs potentiels et enclencher tout le processus. Plusieurs campagnes de sensibilisation tant à l'interne qu'à l'externe témoignent de leur engagement envers ce programme. Le financement obtenu lors de certaines activités est utilisé pour venir en aide aux familles de donneurs.

Il faut souligner l'approche par simulation que l'équipe a développée et mise en place lors de formations offertes aux équipes internes. De plus, il est à remarquer la préparation de l'équipe du bloc opératoire pour l'accueil de la famille de chaque donneur avant le prélèvement des organes afin de leur montrer respect et sympathie et aussi les remercier pour ce geste altruiste qui redonne espoir aux personnes en attente d'organes.

Également, l'équipe s'est dotée d'infirmières ressources dédiées au programme. Ces infirmières s'occupent de faire le lien avec les familles, de les soutenir tout au long du processus du don d'organe. Elles maintiennent un excellent lien avec Transplant Québec pour le travail en partenariat réalisé en étroite collaboration avec ce partenaire externe.

D'un autre côté, l'équipe se réfère aux procédures types de Transplant Québec pour ce qui est des politiques en matière de don. L'établissement est encouragé à mettre en place ses propres politiques.

De même, bien que l'établissement utilise les procédures d'opération normalisées (PON) de Transplant Québec, certaines procédures visant à préciser les activités réalisées par l'établissement sont recommandées comme la qualification et les responsabilités des membres de l'équipe qui coordonnent les dons d'organes. De plus, l'établissement est incité à développer un mécanisme pour s'assurer que le personnel de soins a la formation nécessaire pour la mise en place des actions identifiées dans les PON de Transplant Québec.

Résultats détaillés de la visite Rapport de visite

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation

Critère no	n respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2	14 - Services de transplantation	
14.1.6	Il existe des procédures d'opérations normalisées (PON) sur les qualifications et les responsabilités des membres de l'équipe; le processus d'évaluation des receveurs; les protocoles de soins aux usagers; les méthodes et médicaments immunosuppresseurs; les procédures de prévention des infections; la gestion des listes d'attente, y compris les personnes autorisées à apporter des changements à la liste d'attente, les algorithmes sur l'attribution, la tenue des dossiers des receveurs, les procédures de consentement, les personnes pouvant agir comme remplaçants désignés du directeur médical du programme de transplantation; la distribution exceptionnelle, et les événements préjudiciables et les rappels.	
14.1.7	La formation qu'a reçue l'équipe de transplantation se d'opération normalisée (PON) est documentée par éc	·
14.1.25	Il existe une procédure écrite pour ce qui est de recev d'apporter des changements aux listes d'attentes.	voir des mises à jour et
14.1.76	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usage de façon efficace aux points de transition des soins. 4.1.76.5 L'efficacité de la communication est évaluée améliorations sont apportées en fonction de reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent utiliser un outil de vérification (observation examen des dossiers des usagers) pour évaluaux processus normalisés et la qualité du tra l'information; demander aux usagers, aux familles et aux p services s'ils ont reçu l'information dont ils a évaluer les incidents liés à la sécurité qui se transfert de l'information (p. ex. à partir du regestion des événements liés à la sécurité des	et des e la rétroaction t comprendre: directe ou uer la conformité insfert de restataires de vaient besoin; rattachent au mécanisme de
14.1.80	Il existe un processus standardisé, élaboré avec l'apportamilles, pour faire des choix entre des lignes directric données probantes qui sont contradictoires.	_

Rapport de visite

Commentaires des visiteurs

Chapitre 14 - Services de transplantation

Une équipe dédiée et rigoureuse a été rencontrée; elle maintient une excellente collaboration avec l'organisme qui coordonne les dons d'organes au niveau provincial. L'équipe interdisciplinaire est expérimentée et maintient une étroite relation avec le receveur en évaluation afin de le tenir informé des changements de statut sur les listes d'attribution des organes tenues par Transplant Québec, ainsi que pour les bilans réalisés.

L'équipe réalise des rencontres interdisciplinaires pour le receveur potentiel et l'information est consignée dans des comptes-rendus qui sont déposés dans le dossier de l'usager.

Les usagers bénéficient d'un étroit accompagnement et d'un enseignement réalisé par l'équipe d'infirmières cliniciennes tout au long du continuum de soins. Des consentements éclairés tant pour la communication des renseignements à Transplant Québec que pour l'évaluation et la greffe sont signés par l'usager ou le proche en cas d'inaptitude à consentir. L'équipe est encouragée à poursuivre avec cette procédure.

Les visiteurs ont discuté avec un usager qui a bénéficié du programme de greffe rénale qui se dit très satisfait du parcours et de l'accompagnement de toute l'équipe tout au long du processus de don d'organe. Des mots de remerciements ont été exprimés.

Le processus pour la distribution exceptionnelle est connu et maîtrisé par le personnel de soins. Le médecin assure le partage d'informations au receveur potentiel et s'assure d'obtenir le consentement à la greffe en cas de distribution exceptionnelle. Le chirurgien consigne dans le dossier du receveur l'acceptation ou le refus de l'organe selon le cas. L'équipe est invitée à se doter d'un formulaire de consentement signé par le receveur pour l'acceptation de l'organe en distribution exceptionnelle comme une action d'amélioration continue.

La présence de dossiers parallèles avec des documents originaux dans la clinique externe de la greffe rénale a été constatée. Cette situation qui ne permet pas d'avoir l'ensemble de la condition clinique de l'usager compilé dans un seul outil génère des risques pour l'usager. L'établissement est invité à trouver des solutions pour rendre disponibles les dossiers complets à l'ensemble des intervenants afin de faciliter la consultation à n'importe quel moment et par n'importe quel secteur.

Une attention particulière doit être portée aux pratiques organisationnelles requises (POR) : liste dePar ailleurs, comme il est mentionné dans le chapitre 12, Service de dons d'organes (donneurs vivants), une attention particulière doit être portée aux pratiques organisationnelles requises (POR) : liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire et prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV).

Dans le même ordre d'idée, l'Hôpital Fleurimont est invité à porter une attention particulière à la préservation de la confidentialité de dossiers et des informations des usagers en tout temps.

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

Critère non respecté

Critères à priorité élevée

Chapitre 16 - Cheminement de l'usager

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

Commentaires des visiteurs

Chapitre 16 - Cheminement de l'usager

L'établissement a un grand souci d'assurer une trajectoire fluide pour les usagers et déploie tous les efforts pour leur permettre d'avoir accès aux soins et services requis. La conformité pour ce chapitre est de 100 %, ce qui traduit totalement le souhait de l'établissement d'en faire une priorité organisationnelle. La coordination se fait directement par la haute direction. Différents caucus locaux et organisationnels sont planifiés quotidiennement pour s'assurer de la fluidité dans la gestion des lits. Les équipes interprofessionnelles sont créatives pour trouver diverses solutions afin d'optimiser l'utilisation des lits et réorganiser le travail aux besoins des usagers. Cependant, la présence dans les lits des usagers avec des niveaux de soins alternatifs, le manque de ressources humaines et la fermeture de lits créent une pression importante pour les gestionnaires et l'utilisation optimale des lits d'hospitalisation.

D'autres enjeux existent et méritent d'être portés à l'attention de l'établissement. Par exemple, il est possible de commencer l'orientation des usagers plus susceptibles d'avoir recours à un lit de niveau de soins alternatif, et ce, avec l'assistance d'une équipe interdisciplinaire dès l'arrivée de l'usager à l'urgence.

Également, dans des services de chirurgie, certains corridors existent pour offrir aux usagers la possibilité d'avoir une intervention plus rapidement dans une autre installation. L'établissement est invité à étudier la possibilité d'établir d'autres corridors similaires pour d'autres services telles la chimiothérapie et l'hémodialyse afin de réduire les délais d'accès aux services.

Un autre défi est la proximité de certaines installations avec des installations d'une région limitrophe avec laquelle il y avait déjà des liens historiques. L'établissement devra maintenir certains liens pour les services offerts à proximité de la population limitrophe désirant recevoir les services à proximité de leur résidence.

Enfin, l'établissement est invité à porter une attention particulière aux réalités de certains partenaires qui désirent collaborer pour faciliter le cheminement des usagers, mais sont confrontés au défi de connexion avec les interfaces technologiques. Ceci permettra une fluidité plus efficace entre l'installation et les partenaires externes.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services		
1.2.8	Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.9	L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
1.3.1	La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.3	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.	
1.3.10	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.17	L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.	
1.4.8	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.	!
1.5.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
1.5.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
1.5.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.5.11	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont déclarés selon la politique en vigueur dans l'organisme et consignés dans le dossier de l'usager et de l'organisme, s'il y a lieu.	!
1.5.12	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont divulgués aux usagers et aux familles conformément à la politique de l'organisme, et du soutien est obtenu, au besoin.	!

- 1.5.21 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.
- 1.7.7 Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.



Chapitre 1 - Excellence des services

Les équipes des services généraux travaillent selon une approche collaborative en impliquant les usagers et les familles, ainsi que les partenaires institutionnels et communautaires. Divers mécanismes permettent de faire évoluer l'offre de services et d'adapter les services généraux avec l'apport des usagers, des familles et des organismes partenaires. Divers mécanismes et indicateurs de suivi sont utilisés afin de veiller sur l'accessibilité et la continuité des services, dans un souci de sécurité, malgré le contexte difficile au point de vue du recrutement de la main-d'œuvre.

L'exercice d'auto-évaluation réalisé préalablement à la présente visite d'agrément a donné lieu à l'élaboration de plans d'amélioration de la qualité. Il importe de souligner que les deux pratiques organisationnelles requises (POR) concernées par le chapitre Excellence de services ont été évaluées conformes (sécurité liée aux pompes à perfusion, gestion des événements liés à la sécurité). Des mécanismes structurés de déclaration, de divulgation, d'analyse et d'application de mesures correctives et préventives en regard des accidents et incidents reliés à la sécurité des usagers sont mis en place (bien que les habitudes de déclaration des événements reliés aux services psychosociaux soient à parfaire).

Le partenariat avec l'usager et la famille est un acquis au niveau des soins. Les services généraux sont encouragés à poursuivre l'implantation d'une approche de soins centrée sur la personne en impliquant davantage les usagers et les familles dans des processus administratifs, entre autres, pour déterminer les compétences du personnel, établir les objectifs des projets d'amélioration de la qualité, évaluer l'efficacité des ressources, définir des besoins en perfectionnement et examiner les lignes directrices et les protocoles.

En regard du capital humain, l'accueil et l'intégration en emploi, ainsi que les mécanismes d'encadrement clinique et administratif, sont bien structurés. Il importe d'évaluer régulièrement le rendement des membres de l'ensemble des équipes des services généraux et d'augmenter les possibilités de formation et de perfectionnement offertes au personnel en misant sur des activités en présentiel et en ligne. Pour ce qui est des plans d'interventions relatifs aux mesures d'urgence, les mises à l'essai régulières sont à développer.

Rapport de visite Résultats détaillés de la visite

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

Critère	non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitr	2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	
2.1.28	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 2.1.28.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	POR
2.1.29	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs

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

Les équipes du programme Services généraux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS sont clairement engagées et reconnaissent l'importance de mettre en place des stratégies sécuritaires en prévention du suicide tant pour les usagers, leur famille et la population de leur territoire que pour les employés de l'établissement. Une grande importance de travailler de concert avec ses partenaires externes est observée dans les opérations. Afin de formaliser ces partenariats, des ententes écrites formelles sont recommandées.

Le service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) constitue la porte d'entrée principale du CIUSSS de l'Estrie - CHUS en ce qui a trait aux demandes de services de nature sociale et d'aide pour identifier les problématiques sous-jacentes afin de diriger les personnes vers les services appropriés. La population appelle ou se présente à l'accueil pour exprimer sa demande d'aide. Les appels téléphoniques provenant de la population de l'AAOR pourraient s'inscrire de façon cohérente avec le service de consultation téléphonique 24/7 Info-Social pour assurer une optimisation et même dégager des ressources pour la prise en charge et le suivi de la clientèle où on remarque des listes d'attente.

Rapport de visite

L'encadrement clinique et le soutien clinique sont présents sur tous les sites et même conjointement avec les équipes de santé mentale. Les intervenants sont satisfaits de la supervision clinique disponible. Des liens dans les interventions sont aussi tissés avec les équipes de santé mentale démontrant la nature complémentaire et les similarités dans la clientèle partagée.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre	3 - Service Info-Social	
3.1.5	Info-Social dispose des services de répartiteurs multilingues ou peut accéder immédiatement aux services d'interprétation nécessaires en fonction des données démographiques de la communauté desservie.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Service Info-Social

C'est la première fois que le service Info-Social passe une accréditation. Les intervenants sont fiers de travailler au sein d'un service 24/7, offrant une intervention téléphonique de nature psychosociale dans le respect de la mission du service. La collaboration et la solidarité entre les intervenants sont remarquables et contribuent à un travail d'équipe exceptionnel pour pallier le manque d'effectifs.

Un programme d'orientation et d'intégration pour le nouveau personnel est en place et il est très apprécié. Une formation de base clinique et du perfectionnement sont offerts sur les systèmes technologiques utilisés. Les intervenants bénéficient des formations spécialisées en intervention de crise, évaluation du risque suicidaire et la LPP (la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou autrui).

Les outils et instruments de travail sont standardisés pour assurer l'uniformité de la réponse aux demandes de la population et optimiser l'efficience du service. En plus, des outils de collecte de données sont disponibles aux intervenants pour faciliter et assurer la qualité de l'évaluation.

Le service a mis en place des mécanismes de supervision clinique, assumés par une personne affectée à cette tâche, ainsi qu'un accès à un service de garde clinique de façon continue pour soutenir les intervenants sur le plan clinico-administratif. L'évaluation continue porte notamment sur le soutien clinique relativement à l'évaluation des appels, au maintien et au développement des compétences sous forme de vignettes cliniques, aux discussions de cas complexes et à la formation continue.

Le service a développé des liens étroits avec l'ensemble des partenaires (policiers, sécurité civile, centres hospitaliers, partenaires communautaires) pour l'intervention psychosociale et en particulier pour l'intervention de crise dans le milieu. Ces partenariats seront à formaliser avec des ententes. Il est important de noter que le secteur communautaire est en effectifs réduits, ce qui fait en sorte que les appels de ce secteur sont basculés vers Info-Social pour compenser.

Rapport de visite Résultats détaillés de la visite

Il est important de mentionner que le service ne dispose pas d'un système de répartiteurs multilingues et ne peut accéder immédiatement à des services d'interprétation. Le personnel clinico-administratif mentionne que la demande est presque inexistante en ce domaine, car les clients avec une barrière linguistique se présentent plutôt en personne pour demander de l'aide.

Les ressources humaines constituent la pierre angulaire du service Info-Social. La pénurie du personnel qualifié est ressentie. Du nouveau personnel récemment diplômé est engagé. Cette situation nécessite de former régulièrement de nouveaux intervenants qui ont très peu d'expérience. Il pourrait être pertinent de développer des programmes de stage pour exposer les étudiants à la pratique en travail social à Info-Social.

En conclusion, la visite d'agrément a permis d'observer les liens très fonctionnels et opérationnels dans le fonctionnement du service. L'engagement du personnel et son sentiment d'appartenance sont évidents, mais le défi reste la rétention pour assurer une stabilité.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée	
Chapitro	e 4 - Servic	es de consultation sociale ou psychologique	
4.1.50		nation pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée on efficace aux points de transition des soins.	POR
	4.1.50.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	
	4.1.50.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
	4.1.50.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:	
		 utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	
4.1.51		cité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour rer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des	
Comme	ntaires des	visiteurs	
Chapitr	e 4 - Servic	ces de consultation sociale ou psychologique	

Dans les services de consultation sociale et psychologique, le personnel est bien conscient de l'importance de son rôle pour la sécurité des clients et il exécute ses tâches et ses responsabilités dans cet esprit. Il est suggéré de poursuivre les efforts en lien avec la compréhension et la promotion de la déclaration des incidents afin d'implanter une culture de sécurité plus solide dans les services psychosociaux.

Rapport de visite

Selon l'information communiquée, le type de clientèle, de soins et services et d'environnement impliqués, différents mécanismes sont utilisés par les intervenants pour transmettre rapidement et efficacement l'information lors d'une transition. Le personnel est familier avec les mécanismes utilisés dans leur programme pour assurer le transfert de l'information en temps opportun et connaît l'importance de documenter le mécanisme qui a été utilisé pour communiquer efficacement l'information lors de la transition. Toutefois, on remarque qu'aucun moyen n'est utilisé pour vérifier et documenter des preuves, comme des audits, sur l'efficacité et le délai du transfert de l'information. On encourage le service à mettre en place son calendrier d'audits et dans la mesure du possible d'avancer les échéanciers établis.

La pénurie de ressources humaines, tout particulièrement dans les réseaux locaux de services (RLS) éloignés, est un défi de plus en plus important. Les équipes sont dynamiques, engagées, mobilisées et démontrent une grande souplesse pour pallier la pénurie. Durant les échanges avec les visiteurs, les intervenants ont aussi amené une richesse de propositions que l'établissement pourrait mettre à profit pour la rétention du personnel en place. De plus, le processus d'affichage, de dotation et de recrutement est très long et lourd. Ceci cause de longs délais pour pourvoir les postes. Il sera nécessaire et même urgent de réviser le processus actuel pour assurer une stabilité dans les équipes.

Pour conclure, il importe de s'assurer que tous les retours aux équipes par le biais des stations visuelles sur les lieux de travail ou même en forme virtuelle pour les réseaux locaux de services éloignés, sont implantés notamment dans le but de diffuser les moyens d'amélioration mis en place en lien avec la qualité et la sécurité des soins et services. Ce moyen permettra de maintenir la mobilisation du personnel et permettra au personnel de participer activement dans l'élaboration de solutions dans les défis auxquels l'établissement fait face dans le contexte actuel.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée	
Chapitre 5	5 - Service	es d'intervention en situation de crise dans le milieu	
5.1.34		nation pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée n'efficace aux points de transition des soins. L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	POR
5.1.35		cité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour er la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des	
5	et la cor	ninement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme ngestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon ve avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs. Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences. L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers. L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences). Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	POR

Rapport de visite

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

Le programme des Services généraux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS assure la coordination de la réponse des acteurs impliqués autour d'un usager en situation de crise et de ses proches, afin de les orienter vers le service approprié. Les équipes des services 811 Info-Social, Accueil, analyse, orientation et référence et Urgence détresse interviennent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sur les lieux d'une situation de crise. Ils interviennent de façon urgente auprès des personnes dont l'état mental est perturbé et dans les situations où elles peuvent représenter un danger pour elles-mêmes ou autrui. Ce projet de coordination entre les corps policiers et les services ambulanciers contribue à éviter un recours à la salle d'urgence, l'hospitalisation et la judiciarisation des personnes en lien avec leur état mental. Les mêmes équipes ont le mandat de recommander et d'accompagner l'application de l'article 8 de la Loi P38 (LPP) lorsque la situation est urgente, que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour ellemême et pour autrui et qu'il est impossible d'obtenir son consentement.

Dans une optique d'optimisation, la rédaction d'une entente permettra de formaliser les responsabilités et les engagements des parties déjà en place afin d'assurer un lien de cohérence, de continuité et de complémentarité entre elles à l'égard de l'intervention, sur le territoire, dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

De plus, le point de contact entre les intervenants de première ligne et les services d'urgence méritera une analyse spécifique afin d'optimiser la trajectoire clientèle lorsque l'usager est rendu au centre hospitalier comme recommandé par le Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux, 2018. Il est important aussi de souligner que la transmission de l'information par suite d'une consultation en salle d'urgence ou post-hospitalisation ne se fait pas systématiquement vers la première ligne. Une communication efficace réduira la nécessité pour les usagers et les familles de répéter l'information, mais aussi d'assurer un suivi afin de prévenir une détérioration de leur état et un potentiel retour à la salle d'urgence.

L'établissement doit s'assurer aussi que le personnel concerné par les interventions est informé de la présente entente puisqu'on remarque souvent que les documents ne se rendent pas aux destinataires concernés. Il sera important de poursuivre les efforts de concertation entre les acteurs impliqués en intervention de crise par les reprises des activités du comité point de transition. Une attention particulière en lien avec la sécurité des données fera objet d'analyse puisque les intervenants qui travaillent à partir du domicile utilisent leurs ordinateurs personnels et n'ont pas accès à des ordinateurs sécurisés pour la rédaction des notes cliniques.

Finalement, il est suggéré de mettre en place des indicateurs de suivi pour permettre de mesurer la volumétrie et l'atteinte des objectifs à court, moyen et long terme.

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de	sécurité civile	
6.1.24 L'information pertinente aux soins de façon efficace aux points de tran	dispensés à l'usager est communiquée sition des soins.	POR
des soins est déterminée e de soins où les usagers cha	partagée aux points de transition et standardisée pour les transitions angent d'équipe soignante ou n, transfert des soins, transfert et	
6.1.24.2 Des outils de consignation communication sont utilise d'information aux points d	és pour standardiser le transfert	
	cation est évaluée et des ées en fonction de la rétroaction valuation peuvent comprendre:	
examen des dossiers des u aux processus normalisés d l'information; - demander aux usagers, a services s'ils ont reçu l'info - évaluer les incidents liés transfert de l'information (ation (observation directe ou sagers) pour évaluer la conformité et la qualité du transfert de ux familles et aux prestataires de rmation dont ils avaient besoin; à la sécurité qui se rattachent au p. ex. à partir du mécanisme de és à la sécurité des usagers).	
6.1.25 Lorsque la catastrophe ou l'urgence situation et du processus d'interver améliorations sont apportées.	est passée, un débriefing de la tion est offert, à la lumière duquel des	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS est impliqué sur le plan régional en matière de sécurité civile. Le plan de sécurité civile – mission santé du CIUSSS présente les aspects de gouvernance, le cadre de référence, les dimensions de sécurité civile, l'organisation de la sécurité civile au sein de l'établissement, les liens avec les partenaires, ainsi que les mécanismes de coordination et d'alerte. Une structure de coordination en sécurité civile est également mise en place.

Les interventions en contexte de sécurité civile s'appuient sur de nombreux liens de collaboration entre des services du secteur de la santé et des services sociaux et plusieurs partenaires multisectoriels. Le guide d'opérationnalisation de la mission santé du plan national de sécurité civile précise les interventions attendues en regard des services sociaux. Les services psychosociaux pour des interventions en contexte de sécurité civile sont accessibles en tout temps (24/7, 365 jours par an).

Divers outils du domaine psychosocial sont également utilisés dans le contexte d'intervention en sécurité civile et les bonnes pratiques de base sont respectées (ex.: obtention du consentement, évaluation du risque de suicide, implication de l'usager dans ses soins et services, élaboration de plans d'intervention lorsqu'un suivi psychosocial est requis). Les personnes rencontrées ont démontré une bonne sensibilité aux questions éthiques et connaissent l'existence du comité d'éthique clinique pour y recourir au besoin.

L'établissement est encouragé à aller de l'avant avec la réalisation du programme de formation spécifique à la sécurité civile à l'intention des intervenants sociaux. Afin d'optimiser la communication de l'information aux points de transition, notamment en ce qui concerne les liens avec les partenaires, il importe aussi de formaliser et d'évaluer les mécanismes et les outils d'usage. Les intervenants psychosociaux sont également encouragés à systématiser l'exercice de débreffage organisationnel faisant suite à un événement.

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé

Critère non respecté			Critères à priorité élevée
Chapitre	7 - Servic	e Info-Santé	
7.1.4	accéde	nté dispose des services de répartiteurs multilingues ou peut r immédiatement aux services d'interprétation nécessaires en n des données démographiques de la communauté desservie.	
7.1.7	Info-Sa	nté met son plan de relève à l'essai au moins deux fois par année.	
7.1.13		gers sont informés que leurs renseignements de santé seront vés dans une fiche d'appel.	
7.1.16	Les usa	gers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	POR
	7.1.16.2	Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.	
	7.1.16.3	Les besoins de sécurité immédiats de l'usager chez qui on a détecté un risque de suicide sont pris en compte.	
	7.1.16.4	Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide.	
	7.1.16.5	La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'usager.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 7 - Service Info-Santé

L'équipe a fait face à plusieurs défis dans les derniers mois avec la crise sanitaire. La réorganisation du travail en quelques semaines et la hausse considérable des effectifs pour répondre aux demandes ont nécessité une agilité et une capacité d'adaptation des équipes sans précédent. Le soutien de l'assistante est, sans aucun doute pour les équipes, une clé de ce succès. Le télétravail est également un impact positif pour plusieurs, mais il reste en soi un défi pour la gestion de proximité et le soutien clinique parfois manquant pour les intervenants. Le personnel semble en général apprécier le mode télétravail, cependant l'établissement est invité à clarifier les règles de fonctionnement auprès du personnel et à revoir ses stratégies de soutien clinique à l'extérieur des heures régulières.

L'équipe de gestion est encouragée à poursuivre leurs travaux débutés pour le suivi des indicateurs reliés à la performance et les inclure dans un processus d'évaluation de la contribution.

Les risques de bris de services reliés à une panne dans l'installation sont diminués en mode télétravail, toutefois, l'établissement est encouragé à tester son plan de relève pour assurer la continuité des services et la fiabilité du plan.

Le service d'Info-Santé a connu une hausse importante de son utilisation avec la crise sanitaire et plusieurs usagers y font maintenant référence lorsqu'ils ont des difficultés de santé, physique et psychosociale.

L'établissement est invité à revoir l'évaluation du risque de suicide avant le transfert vers l'Info-Social pour assurer une prise en charge rapide s'il y a urgence d'agir.

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

Critère	non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitr	8 - Services de soins primaires (GMF publics)	
8.1.30	Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
8.1.41	Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins. 8.1.41.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.	POR
8.1.42	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 8.1.42.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.	POR
8.1.60	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 8.1.60.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	POR

Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

Les trajectoires des soins et services des groupes de médecine familiale GMF-UMF des Deux Rives et Groupe de médecine de famille universitaire La Pommeraie sont fluides, coordonnées et concertées. La planification et l'organisation des services se font dans une visée d'amélioration de l'accessibilité, de l'intégration et de la complémentarité des expertises médicales, infirmières et multidisciplinaires. L'intégration l'« usager partenaire » fait partie des intérêts des médecins, des équipes et des gestionnaires. L'établissement des partenariats avec différents établissements et organismes communautaires des Réseaux locaux des services permet de répondre et d'adapter la réactivité des GMF aux besoins de la population (ex. : écoles, résidences).

Les projets de réorganisation des services sont centrés sur l'amélioration de l'accessibilité des services à la population et sur le décongestionnement de l'urgence (ex. : organisation en trio des résidents, optimisation de plages horaires, diminution des refus, triages et suivi infirmier, prise en charge de P4 et P5, etc.). La mobilisation et l'engagement des médecins, des gestionnaires et des professionnels dans la capacité à innover et optimiser l'offre de services sont à souligner.

Le volet d'enseignement et de recherche permet le maintien des pratiques médicales, infirmières et multidisciplinaires d'excellence selon une approche populationnelle. Le transfert des connaissances des médecins, résidents, infirmières praticiennes spécialisées, infirmières, travailleuses sociales, psychologues académiques, ainsi que la qualité du travail de collaboration interprofessionnelle, mérite d'être souligné. Plusieurs activités sont mises de l'avant pour le développement de l'érudition (ex. : journal club, publication des résultats de recherche, etc.). À cet égard, la multiplicité de comités risque de fractionner le travail collaboratif (ex. : comité infirmières, comité infirmières-infirmières auxiliaires, comité médecin - infirmières, comité gestionnaire-équipes).

L'établissement est encouragé à formaliser et à optimiser les mécanismes de collaboration médicale et interprofessionnelle pour la clientèle vulnérable ayant des besoins complexes.

Dans l'ensemble, la plupart des pratiques organisationnelles requises (POR) et des critères à priorité élevée sont conformes aux normes de qualité et de sécurité. Toutefois, l'établissement est fortement encouragé à :

- consolider l'implantation du bilan comparatif des médicaments;
- s'assurer de la validation du meilleur schéma thérapeutique pour l'ensemble des usagers suivis, notamment au GMF des Deux-Rives;
- optimiser et uniformiser l'utilisation de la fonction « prévention clinique » du dossier médical électronique en regard des épreuves diagnostiques critiques;
- déployer la formation, l'habilitation et le dépistage du risque de suicide.

De façon générale, il serait opportun de faire un rappel aux médecins et intervenants sur l'obligation d'informer systématiquement les usagers sur leurs droits et leurs responsabilités et le mandat du comité d'éthique en réponse aux dilemmes d'éthique clinique qui semble sous-utilisé.

Rapport de visite Résultats détaillés de la visite

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

Critère non resp	ecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Ser	rices de santé courants	
	ensentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la cation des services.	!
cons	que l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le entement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des ions en son nom.	!
9.1.18 Les	uestions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	
usag com	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. Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme. Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'usager et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.	POR

9.1.29 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.



- 9.1.29.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.
- 9.1.32 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'usager et la famille, et il est consigné.



9.1.44 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.



- 9.1.44.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 9.1.44.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 9.1.44.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 9.1.44.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 9.1.44.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 9.1.44.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 9.1.44.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

Chapitre 9 - Services de santé courants

L'accessibilité aux services de santé courants est excellente et un mécanisme de suivi est prévu pour les personnes qui ne se présentent pas aux rendez-vous. Des services de santé courants pour les personnes qui ne se présentent pas aux rendez-vous. Des services de santé courants pour les personnes de 70 ans et plus ont été offerts à domicile durant la période plus critique de la pandémie de COVID-19; cette initiative mérite d'être soulignée. Les services de santé courants sont offerts avec l'implication de l'usager. Des ressources et des outils de communication permettent d'offrir les services dans différentes langues. Des outils normalisés viennent encadrer la pratique (ex. : fiche de l'usager, plan thérapeutique infirmier).

Bien que certaines pratiques en place dans le cadre des soins ambulatoires contribuent à une gestion sécuritaire des médicaments, le bilan comparatif des médicaments devrait être structuré pour se conformer aux bonnes pratiques. Des améliorations sont souhaitables également en regard de l'évaluation du risque de suicide : il importe que les questions soient posées de manière systématique en début d'intervention. Il est souhaitable également que l'établissement procède à des travaux proactifs visant à améliorer le cheminement des usagers des services de santé courants. Par ailleurs, les pratiques organisationnelles requises (POR) concernant l'identification des usagers, la conformité aux pratiques d'hygiène des mains, la formation sur l'hygiène des mains et le transfert de l'information aux points de transition des soins se sont révélées conformes.

L'administration des médicaments aux services de santé courants est gérée de manière rigoureuse en référence aux « Fichiers d'administration des médicaments pour les CLSC » élaboré par le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. L'auto-administration de la médication est également bien encadrée.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Télésan	ré	
1.4	L'organisme dispose d'un programme de gestion de la qualité lui permettant de définir et de s'assurer des caractéristiques de qualité requises du service de télésanté et d'observer les résultats.	!
Commentaires des visiteurs		
Processus prioritaire : Télésanté		

L'équipe de télésanté du CIUSSS de l'Estrie - CHUS est formée de jeunes professionnelles engagées et dévouées à offrir les bons services aux usagers au bon moment. L'établissement a positionné la télésanté comme septième volet de la mission universitaire car cette modalité contribue à l'amélioration de la qualité des pratiques et des soins et services, entre autres par une approche novatrice ainsi que la notion d'enseignement. La modernisation du service de suivis virtuels en milieu de vie démontre un changement positif qui est centré sur les usagers, sécuritaire et efficace, et mérite une évaluation plus approfondie en vue de considérer la soumission comme pratique exemplaire auprès d'Agrément Canada.

L'équipe de direction, soutenue par le Réseau québécois de la télésanté, s'est mobilisée afin de s'adapter à cette nouvelle réalité d'offre de service non traditionnel en constante évolution. Le désir d'améliorer continuellement l'expérience des professionnels et des usagers est une valeur partagée et une grande collaboration règne au sein des membres des équipes.

Le centre de coordination de la télésanté a mis en place des mécanismes de priorisation des services qui pourraient bénéficier de l'offre en télésanté et de sa plateforme de suivis virtuels en milieu de vie, selon les demandes des équipes cliniques. La pandémie a agi comme levier pour la télésanté et a incité l'établissement à rapidement revoir ses processus afin de répondre à la demande grandissante des secteurs cliniques. Les défis sont nombreux afin d'assurer la pérennité des services et de répondre aux besoins d'amélioration de qualité et sécurité des soins aux usagers.

Les processus de téléconsultation sont expliqués aux usagers dont le consentement est obtenu directement sur place. L'équipe sollicite la participation des usagers dans l'évaluation de l'offre de service sous forme de sondage de satisfaction. L'usager est encouragé à collaborer dans sa prise en charge et on lui offre les outils nécessaires pour y parvenir. La plateforme de suivis virtuels en milieu de vie est conviviale, facile à utiliser et offre du soutien et de l'éducation comme en témoignent les usagers

Ra**consultés** visite Résultats détaillés de la visite

Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités des Établissements du réseau public du Québec.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'autoévaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux Établissements dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de cinq ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.