

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

Cap-aux-Meules, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 5 au 10 décembre 2021

Date de production du rapport : 9 février 2022

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (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 décembre 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	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	19
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	24
Résultats détaillés de la visite	27
Résultats pour les manuels d'évaluation	28
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	28
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	30
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	33
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	37
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et d de vie	e fin 40
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	43
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoire	es 46
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médec nucléaire	ine 49
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager	52
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	53
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation référence (AAOR)	n et 55
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation soc ou psychologique	iale 57
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	59
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en conte de sécurité civile	xte 61
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires publics)	(GMF 62
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	65

	Programme Qmentum
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	68
Ensemble de normes : Télésanté	68
nnexe A - Programme Qmentum	75

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (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 : 5 au 10 décembre 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. CLSC de Cap-aux-Meules
- 2. Hôpital de l'Archipel

• 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.)	11	1	0	12
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	99	4	2	105
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	396	48	47	491
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	19	4	0	23
Services centrés sur l'usager (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	402	16	30	448
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	64	5	0	69
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	344	29	27	400
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	14	3	13	30
Total	1349	110	119	1578

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	oriorité élevé	e *	Autr	es critères			les critères élevée + autre	es)
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	33 (84,6%)	6 (15,4%)	1	45 (93,8%)	3 (6,3%)	0	78 (89,7%)	9 (10,3%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	46 (90,2%)	5 (9,8%)	0	59 (100,0%)	0 (0,0%)	13	105 (95,5%)	5 (4,5%)	13
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	40 (97,6%)	1 (2,4%)	0	47 (100,0%)	0 (0,0%)	1	87 (98,9%)	1 (1,1%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	42 (95,5%)	2 (4,5%)	0	56 (98,2%)	1 (1,8%)	11	98 (97,0%)	3 (3,0%)	11

	Critères à p	oriorité élevé	e *	Autr	es critères			les critères Élevée + autre	es)
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 7 - Services d'oncologie	51 (94,4%)	3 (5,6%)	22	63 (94,0%)	4 (6,0%)	18	114 (94,2%)	7 (5,8%)	40
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	27 (96,4%)	1 (3,6%)	0	51 (94,4%)	3 (5,6%)	6	78 (95,1%)	4 (4,9%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	80 (97,6%)	2 (2,4%)	0	56 (96,6%)	2 (3,4%)	6	136 (97,1%)	4 (2,9%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	27 (100,0%)	0 (0,0%)	2	37 (97,4%)	1 (2,6%)	4	64 (98,5%)	1 (1,5%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	71 (95,9%)	3 (4,1%)	3	47 (85,5%)	8 (14,5%)	7	118 (91,5%)	11 (8,5%)	10
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0	12 (92,3%)	1 (7,7%)	0	13 (81,3%)	3 (18,8%)	0
Total	418 (94,4%)	25 (5,6%)	28	473 (95,4%)	23 (4,6%)	66	891 (94,9%)	48 (5,1%)	94
Services généraux									
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	33 (84,6%)	6 (15,4%)	1	42 (87,5%)	6 (12,5%)	0	75 (86,2%)	12 (13,8%)	1

	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 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 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	16 (100,0%)	0 (0,0%)	2	39 (95,1%)	2 (4,9%)	1	55 (96,5%)	2 (3,5%)	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
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	5 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	23 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	35 (94,6%)	2 (5,4%)	1	43 (100,0%)	0 (0,0%)	6	78 (97,5%)	2 (2,5%)	7
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	26 (96,3%)	1 (3,7%)	1	34 (97,1%)	1 (2,9%)	6	60 (96,8%)	2 (3,2%)	7
Total	137 (93,8%)	9 (6,2%)	36	220 (95,2%)	11 (4,8%)	13	357 (94,7%)	20 (5,3%)	21
Télésanté									
Ensemble de normes : Télésanté	19 (90,5%)	2 (9,5%)	0	29 (90,6%)	3 (9,4%)	0	48 (90,6%)	5 (9,4%)	0
Total	19 (90,5%)	2 (9,5%)	36	29 (90,6%)	3 (9,4%)	0	48 (90,6%)	5 (9,4%)	0
Total	574 (94,1%)	36 (5,9%)	36	722 (95,1%)	37 (4,9%)	79	1296 (94,7%)	73 (5,3%)	115

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

Rapport de visite Sommaire

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 : Cultur	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	unication						
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1					
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	3 sur 4					
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	2 sur 4					
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	2 sur 5					

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 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	3 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	1 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	3 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	1 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	0 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	0 sur 1
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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Comm	unication	
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Comm	nunication	
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	1 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	1 sur 5
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	nunication	
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 - 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	3 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	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	0 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	1 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Utilisa	ation des médicaments	S
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu	u de travail	
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	5 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	5 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	5 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	5 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	5 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	4 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager)	Non Conforme	6 sur 8

12

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 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Non Conforme	5 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)	Non Conforme	0 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 7 - Services d'oncologie)	Non Conforme	0 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		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 3		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Non Conforme	0 sur 3		

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité		
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections				
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 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)	Non Conforme	0 sur 3		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	0 sur 3		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	0 sur 3		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1		

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité		
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections				
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 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		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1		

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité		
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections				
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1		
But en matière de sécurité des patients : Évalus	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 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	5 sur 5		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5		

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité		
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques				
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 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	5 sur 5		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 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		
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3		

Programme Qmentum

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3	
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3	

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Ce rapport fait état des observations des visiteurs dans le cadre de la séquence 3 du programme Qmemtum d'Agrément Canada. Cette troisième séquence vise la santé physique, les services généraux ainsi que la télésanté.

Le CISSS des Îles dessert une population de plus de 12 800 personnes sur un territoire insulaire au cœur du Golfe Saint-Laurent. Les services sont dispensés dans sept sites et couvrent quatre missions : centre local de services communautaires (CLSC), centre hospitalier (CH), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et un trouble du spectre de l'autisme (CRDITSA). Dans les derniers mois, une nouvelle présidente-directrice générale a été nommée. Un total de 625 employés engagés à donner des soins de qualité ainsi que 34 médecins actifs (24 omnipraticiens et 10 spécialistes) et plus d'une centaine de médecins visiteurs (spécialistes et omnipraticiens). La priorité du CISSS est d'offrir des soins accessibles, de proximité, intégrés et de qualité. Il assume la responsabilité populationnelle à l'égard de l'état de santé et du bien-être de tous les Madelinots. Le profil populationnel est à prédominance francophone et une communauté anglophone est également présente.

La population est vieillissante malgré le retour des jeunes familles dans le milieu à la recherche de plein air et de grands espaces. Les équipes doivent faire face aux problématiques associées au manque de main-d'œuvre et de logements.

Le CISSS des Îles a vécu une dernière année tout comme les autres établissements du Québec et mondiaux sous le signe de la pandémie. Même si le secteur a été peu touché par les cas de COVID, beaucoup d'efforts et la mobilisation de l'ensemble des intervenants ont été déployés pour limiter le plus possible les effets de ce virus.

Télésanté

La télésanté est utilisée depuis plusieurs années afin d'offrir des services dans un contexte d'éloignement de la population. On y a de plus en plus recours depuis la pandémie; l'établissement est encouragé à développer un comité tactique multidisciplinaire local afin de mettre les bases d'une pratique sécuritaire de cette technologie. Le consentement de l'utilisation de cette technologie mérite une attention particulière afin d'établir des règles claires pour la protection des intervenants et des usagers.

Excellence des services (Services généraux)

La motivation et l'implication sont des traits prédominants chez tous les membres du personnel. Les meilleures pratiques sont au cœur de la discussion avec l'équipe ainsi que la volonté d'offrir des services centrés sur les besoins des usagers.

Des améliorations sont en cours pour revoir l'organisation des services dont, entre autres, la place qu'occupe la santé physique à l'intérieur des services généraux. L'établissement est invité à officialiser ses partenariats afin d'améliorer l'accessibilité, le soutien et le maintien des compétences des équipes. À titre d'exemple, l'accès aux services de 3e ligne pour la clientèle lourde en santé mentale doit être discuté. Également, le fait que les organismes communautaires relèvent d'un autre CISSS exige une concertation et une étroite collaboration entre les établissements, ce qui est à clarifier.

Accueil, analyse et orientation, référence (AAOR)

L'équipe rencontrée fait montre de rigueur dans l'exercice de son mandat. Les usagers sont tous rencontrés de manière individuelle. Il y a une entente depuis quelques mois avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale afin de traiter les usagers présentant des troubles mentaux graves nécessitant des services surspécialisés de 3e ligne. Il y aurait lieu de formaliser cette entente afin de clarifier la trajectoire de soins et services pour ce type de clientèle.

Les points de transition sont documentés, mais un enjeu majeur subsiste dans les mécanismes de rétroaction des partenaires. La politique et les procédures pour la transmission des informations aux points de transitions des soins doivent être révisées et être reprises auprès des toutes les équipes.

L'établissement est invité à poursuivre les démarches afin d'avoir accès aux lits des organismes communautaires principalement au niveau des usagers itinérants avec potentiel de violence. Un organisme communautaire peut se montrer réticent à accueillir cette clientèle laissant ainsi des lits inoccupés alors que les besoins sont bien présents.

Services de consultation sociale ou psychologique de courte durée

Le maintien des compétences est une préoccupation majeure pour cette équipe dynamique et expérimentée et fait écho au besoin de créer des liens avec des partenaires pour soutenir l'intégration des pratiques avec de données probantes. Afin de combler ce besoin, l'équipe est encouragée à solliciter le soutien de sa direction pour développer et soutenir des ententes de services avec les centres spécialisés.

L'accès à l'information consignée aux dossiers des usagers en milieu hospitalier ou en groupe de médecine familiale (GMF) est un enjeu compte tenu de la technologie de tenue de dossiers qui diffère d'un point de services à l'autre. Cela constitue une embûche au partage d'information pertinente aux points de transition et services à l'autre. Cela constitue une embûche au partage d'information pertinente aux points de transition et soulève une problématique pour assurer la sécurité des usagers. C'est un défi de taille et l'établissement est encouragé à planifier et à améliorer ses technologies de communication.

Service d'intervention en situation de crise dans le milieu

Le service a été créé pour pallier le besoin d'intervenir en situation de crise dans le milieu des usagers, mission généralement partagée avec les centres de crise. L'absence de ce partenaire important ajoute une pression sur l'équipe. Malgré tout, en raison du niveau de compétence de ses membres, l'équipe réussit à répondre aux besoins des usagers, mais au risque de s'épuiser professionnellement. Des ententes de collaboration avec des organismes communautaires sont essentielles spécialement dans une perspective où l'on constate une montée du phénomène d'itinérance dans la population.

Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

Une équipe 24/7 a été implantée il y a maintenant une année afin d'assurer la pacification lors des codes blancs. L'équipe a jusqu'à présent mené près de 60 interventions. L'équipe est invitée à poursuivre la documentation des événements et à faire l'évaluation du projet post-implantation.

La concertation de l'équipe psychosociale avec celle des mesures d'urgence et de la sécurité civile est manifeste. Le maintien des compétences et de l'expertise demeure une préoccupation en raison de la taille des équipes et du petit volume d'événements.

Services de soins primaires

Le secteur des soins primaires dispose d'une équipe d'intervenants compétents et variés dont les rôles et responsabilités méritent une attention particulière afin de s'assurer que les usagers voient le bon intervenant. Les trajectoires de soins doivent être ajustées après l'ouverture des cliniques médicales satellites pour une meilleure efficience du service. Certaines pratiques organisationnelles requises ne sont pas conformes, en particulier le bilan comparatif des médicaments et l'hygiène des mains.

Services de santé courants

L'équipe des services courants est très attentionnée pour répondre promptement aux besoins de la clientèle. Les usagers sont référés pour des problèmes de santé chronique ou principalement des suivis de plaies. Les usagers rencontrés sont très satisfaits de soins et services reçus. L'équipe fait face à un manque de personnel. Les communications informatiques avec les cliniques satellites du GMF sont complexes en raison de technologies de l'information qui ne sont pas interopérables.

Excellence des services (Santé physique)

Les services de santé physique ont vécu beaucoup de bouleversements dans les dernières années. Évidemment, il a fallu déployer beaucoup d'énergie et d'efforts pour limiter les impacts de la pandémie dans les dernières années. Évidemment, il a fallu déployer beaucoup d'énergie et d'efforts pour limiter les impacts de la pandémie dans un contexte de changements importants au niveau de la structure administrative de la direction. Le principal enjeu identifié consiste en l'élaboration d'un programme d'amélioration continue de la qualité avec des indicateurs qui guideront les intervenants dans leurs actions quotidiennes. Il faut noter la grande satisfaction de la clientèle en ce qui concerne les soins et services reçus.

21

Cheminement des usagers

Les équipes comptent sur des données systématiques pour analyser le flot des usagers et agir rapidement afin d'assurer un accès maximal aux services et une utilisation judicieuse des ressources. La gestion intégrée des flots est exemplaire; elle tient compte de l'ensemble des services internes et externes comme le soutien à domicile et l'hébergement. Il reste à formaliser et documenter ce processus pour le consolider.

Services de soins critiques et Services des urgences

Les deux services, occupant des locaux contigus, sont gérés conjointement par une équipe de travail intégrée. Ainsi, on optimise l'utilisation des ressources pour faire face aux fluctuations des volumes d'usagers en assurant l'efficience et la sécurité des soins. Le maintien des compétences dans une gamme étendue de problèmes de santé pose un défi constant et préoccupe les professionnels et la gestion. Différentes stratégies sont mises en place pour donner confiance aux professionnels et assurer la sécurité des soins.

Unités d'hospitalisations

Bien que l'équipe de l'unité multiclientèle doive assurer des services dans des champs très diversifiés, la gestion arrive à respecter les compétences de tous. Les professionnels, autant que les usagers, apprécient cette situation. Le flot des usagers est facilité par la collaboration des partenaires internes et externes et par le dévouement des professionnels. Cependant, le recours grandissant à la main-d'œuvre indépendante fragilise la situation.

Services d'oncologie

Les usagers du service d'oncologie apprécient l'attention, le dévouement et le professionnalisme des membres de l'équipe. Les déplacements et le transfert des informations cruciales aux traitements des usagers entre les Îles-de-la-Madeleine et Québec sont généralement bien coordonnés bien que la facilité d'organiser les services varie grandement d'une équipe d'oncologues à l'autre en raison de l'absence d'ententes de services claires et prescriptives.

Services de soins palliatifs et de fin de vie

L'équipe des soins palliatifs et de fin de vie a une seule priorité, soit d'offrir des soins de qualité dans un contexte de fin de vie. Une grande complicité et une collaboration entre les intervenants sont présentes et permettent une trajectoire fluide et une réponse rapide aux besoins des usagers. La présence de l'infirmier pivot en soins palliatifs favorise la prise en charge rapide en collaboration avec les autres secteurs tels que les soins à domicile. Les soins de fin de vie sont personnalisés et la présence des proches est favorisée. L'aide médicale à mourir est un enjeu que les membres de l'équipe apprivoisent de plus en plus, mais il faut que l'équipe reste vigilante face aux réactions de certains intervenants pour qui cette aide porte atteinte à leurs valeurs. Il est proposé de faire de l'enseignement au personnel sur ce thème délicat.

Services interventionnels et périchirurgicaux

La trajectoire du bloc opératoire est bien définie. Les listes d'attente sont suivies à la lettre et l'équipe utilise les plages horaires disponibles au maximum tout en tenant compte de la réalité des médecins visiteurs. L'arrivée d'une infirmière clinicienne favorisera la mise à niveau de la documentation clinique ainsi que celles des usagers. Les locaux sont fonctionnels et respectent les standards des blocs opératoires. Il existe une belle complicité entre les intervenants et tous travaillent pour le bien-être de l'usager. Le secteur d'endoscopie respecte les standards.

Services de soins ambulatoires

Les responsables travaillent d'arrache-pied pour coordonner le travail d'un grand nombre de spécialistes visiteurs dans le contexte difficile d'un engagement peu fiable pour beaucoup de domaines. L'absence d'entente de service fragilise l'accès aux services et crée une pression importante sur l'équipe. Le manque de clarté touche aussi la circulation efficace des informations cruciales à la prise en charge sécuritaire des usagers.

Service d'imagerie et médecine nucléaire

Au moment de la visite, des examens de résonnance magnétique étaient disponibles en raison de la présence de l'équipement mobile. Un radiologiste n'était pas présent, mais à distance afin de soutenir l'équipe. L'établissement est invité à clarifier le rôle de l'assistante-chef en l'absence d'un chef administratif. Des stratégies de remplacement des équipes en place seront à planifier dans un moyen terme en raison de départs à la retraite et des solutions innovantes peuvent être mises de l'avant. La documentation des améliorations de la qualité et le suivi rigoureux des indicateurs de suivis demeurent un enjeu (délais d'attente, compilation et suivi des incidents/accidents).

Bonne continuité des services.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation		
But en matière de sécurité des patients : Communication			
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 2 - Services des urgences 2.1.89 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.74 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.129 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.59 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.42 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) 2.1.28 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique 4.1.50 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu 5.1.34 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 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 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.60 Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.40 		

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
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 2 - Services des urgences 2.1.22 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.29
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 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.35 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.38 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie 7.1.99 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.34 Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.48 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

Pratiques organisationnelles requises pour Manuel(s) d'évaluation lesquelles il n'y a pas conformité But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail Prévenir la congestion au service des urgences · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 -Le cheminement des usagers est amélioré dans Services des urgences 2.1.98 l'ensemble de l'organisme et la congestion au · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 -Service des urgences est réduite en travaillant de Unités d'hospitalisation 3.1.66 façon proactive avec des équipes internes et des · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 équipes d'autres secteurs. Services de soins critiques 4.1.89 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 -Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.64 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 -Services interventionnels et périchirurgicaux 9.1.123 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.45 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager 16.1.4 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu 5.1.39 But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière Services des urgences 2.2.1 d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation. Services d'oncologie 7.2.1

- · Manuel d'évaluation Santé physique Chapitre 2 -
- · Manuel d'évaluation Santé physique Chapitre 7 -
- · Manuel d'évaluation Santé physique Chapitre 10
- Services de soins ambulatoires 10.2.1
- · Manuel d'évaluation Santé physique Chapitre 11
- Services d'imagerie et médecine nucléaire 11.2.1
- · Manuel d'évaluation Services généraux Chapitre
- 4 Services de consultation sociale ou psychologique 4.2.1
- · Manuel d'évaluation Services généraux Chapitre
- 8 Services de soins primaires (GMF publics) 8.2.1
- · Manuel d'évaluation Services généraux Chapitre
- 9 Services de santé courants 9.2.1

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre	1 - Excellence des services	
1.2.8	Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.2.9	L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
1.3.1	La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
1.3.10	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.3.11	Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.	!
1.4.6	Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.	!
1.4.10	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
1.5.20	Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.	!
1.7.7	Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

La santé physique est au cœur des activités du CISSS des Îles. L'équipe de direction connaît très bien le profil populationnel de son milieu. Malgré un souci constant d'offrir de soins de qualité et de proximité, l'équipe fait face à des enjeux importants de main-d'œuvre dans un contexte de pandémie. L'équipe doit faire appel à la main-d'œuvre indépendante pour combler ses besoins en ressources humaines. Beaucoup d'efforts sont faits pour favoriser le recrutement et la rétention du personnel dans le milieu. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour favoriser le recrutement de toutes les catégories d'employés.

La gestion de la pandémie a occupé beaucoup de temps et d'énergie dans la dernière année. Même si la région a été peu touchée, force est de constater le travail acharné des équipes pour trouver des solutions afin d'assurer le suivi et les soins à la clientèle durant cette période. Le partenariat est bien présent autant à l'interne qu'à l'externe. La table de concertation des organismes communautaires guide les orientations pour les décisions qui ont une valeur ajoutée pour les usagers.

Il existe une très belle collaboration interprofessionnelle. Le comité interdisciplinaire des ordonnances et des protocoles est un bon exemple. Le travail quotidien interdisciplinaire est très collaboratif et participatif. La cohésion des équipes est présente et tout le monde travaille dans un souci de donner des soins aux usagers et à sa famille.

Il faut souligner le travail fait à la suite des recommandations de la dernière visite d'agrément en regard du dossier des pompes volumétriques et la gestion des médicaments. L'équipe est encouragée à poursuivre les efforts à définir un tableau de bord pour la qualité des soins et services.

La notion de la confidentialité est un enjeu important pour un établissement où tout le monde se connaît. Un engagement à la confidentialité est exigé pour les nouvelles embauches. Les équipes sont encouragées à réactiver cet engagement pour tous les employés.

Le comité des usagers a pris l'initiative de créer un carnet de santé pour que les usagers puissent suivre leur évolution de santé. Belle initiative de ce comité.

Les différentes équipes ont à cœur d'offrir des soins et services de proximité dans le meilleur environnement. Il n'est pas surprenant de voir la grande collaboration des équipes lorsque la situation au Service des urgences devient problématique. Toutes les équipes travaillent ensemble pour trouver des solutions incluant les partenaires externes.

L'équipe est encouragée à développer un programme d'amélioration continu de la qualité afin de s'assurer un suivi des indicateurs pour donner des soins de qualité et sécuritaires pour la clientèle. La formation pour les pompes à perfusion est bien orchestrée et suivie par les gestionnaires.

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

Critère	non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitr	2 - Services des urgences	
2.1.13	Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.	!
2.1.22	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. 2.1.22.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	POR
2.1.46	Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
2.1.47	Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
2.1.48	L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.	!
2.1.89	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 2.1.89.1 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. 2.1.89.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. 2.1.89.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	POR

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

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

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

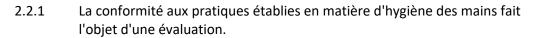
2.1.92 Des guides de pratique clinique sont utilisés pour déterminer si un usager peut être transféré à un autre niveau de soins.



2.1.98 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.



- 2.1.98.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 2.1.98.4 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.
- 2.1.98.5 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).





2.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :

faire en sorte que les membres de l'équipe notent euxmêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);

mesurer l'utilisation d'un produit;

inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;

évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

- 2.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 2.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services des urgences

Bien qu'assez exigu, le service des urgences soit très efficace, autant dans l'utilisation des espaces que dans l'utilisation des ressources humaines. La contiguïté du Service des urgences et des soins critiques est un exemple particulièrement éloquent de cette volonté à marier efficience, concentration des expertises et sécurité des usagers.

L'adaptabilité des équipes et la contribution des services techniques ont permis de profiter de la configuration des lieux pour créer des lignes froides et tièdes claires et efficaces.

La difficulté à fidéliser des ressources humaines dédiées aux deux services contigus et à maintenir des compétences dans des champs vastes de soins reste des préoccupations importantes pour les gestionnaires, les cliniciens et les médecins.

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

Critère	Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation			
3.1.23	Les que	stions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
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
3.1.35	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. 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.	POR
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. 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).

- 3.1.66 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.
 - 3.1.66.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
 - 3.1.66.4 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.
 - 3.1.66.5 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).

POR

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Bien que les membres de l'unité multiclientèle doivent dispenser des services dans des champs très diversifiés, la gestion de l'équipe arrive à favoriser que chacune et chacun puisse principalement travailler avec des problèmes de santé pour lesquels elle ou il se sent compétent. Les professionnels autant que les patients apprécient cette situation.

Le flot des usagers tout au long des différentes trajectoires de soins est facilité par l'excellente collaboration des différents partenaires internes et externes et par le dévouement des équipes.

Le recours de plus en plus important à la main-d'œuvre indépendante (MOI) fragilise la situation.

La formalisation du transfert de l'information aux points de transition et la complétion du bilan comparatif du médicament (BCM) devraient être priorisées.

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

Critère	Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitr	Chapitre 4 - Services de soins critiques		
4.1.10	de l'org	e de soins critiques travaille en collaboration avec les autres équipes ganisme pour déterminer le processus de surveillance des usagers, y s le processus entourant le passage aux soins critiques.	!
4.1.26		gers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de che qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
4.1.27	Les que	estions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
4.1.38	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. 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. 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.	POR
4.1.74		nation pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée n efficace aux points de transition des soins. Principal: L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé. Principal: Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. Principal: L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	POR

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

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

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

4.1.89 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.



- 4.1.89.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 4.1.89.4 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.
- 4.1.89.5 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).

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services de soins critiques

Il s'agit d'un très petit service de soins critiques qui doit offrir une vaste gamme de soins dans des champs très diversifiés. Grâce à sa contiguïté avec le service des urgences, l'équipe arrive à offrir un maximum de sécurité et de compétences et une grande adaptabilité aux variations de volumes.

L'intégration des soins critiques au continuum de soins est largement assurée par le fait que les mêmes équipes médicales prennent en charge les usagers depuis l'admission jusqu'au congé. Cependant, la formalisation des informations à transmettre aux points de transition devrait assurer cette continuité.

La difficulté à fidéliser des ressources humaines dédiées aux deux services contigus et à maintenir des compétences dans des champs vastes de soins reste des préoccupations importantes pour les gestionnaires, les cliniciens et les médecins.

Rapport de visite Résultats détaillés de la visite

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

Critère non respecté			Critères à priorité élevée
Chapitre			
7.1.67		aluation des besoins de l'usager en matière de soins palliatifs et de n fin de vie est effectuée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'usager et le.	
7.1.77		cessus permet de communiquer avec le prestataire de soins es ou celui qui achemine l'usager, en partenariat avec l'usager et la	
7.1.87		gers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de che qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
7.1.88	Les que	estions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	
	médica commu reçoive	ments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour iniquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers nt des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une sante importante des soins. 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. Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au	POR
	7.1.99.5	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.	
7.1.115	•	cessus permet l'échange d'information entre les organismes lorsque gers reçoivent des soins dans plus d'un organisme.	!

7.1.123		vices pertinents de suivi pour l'usager, le cas échéant, sont nnés en collaboration avec l'usager, la famille, d'autres équipes et mes.	
7	L'inform	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. L'information partagée aux points de transition des soins est consignée. L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).	POR
7.1.132		une politique concernant la conservation des dossiers sur les ents du cancer.	!
7.2.1		ormité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait d'une évaluation.	POR

- 7.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :
 - faire en sorte que les membres de l'équipe notent euxmêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
 - mesurer l'utilisation d'un produit;
 - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
 - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 7.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 7.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 7 - Services d'oncologie

Les usagers du service d'oncologie apprécient l'attention, le dévouement et le professionnalisme des membres de l'équipe. Les déplacements et le transfert des informations cruciales aux traitements des usagers entre les Îles-de-la-Madeleine et Québec sont généralement bien coordonnés bien que la facilité d'organiser les services varie grandement d'une équipe d'oncologues à l'autre en raison de l'absence d'ententes de services claires et prescriptives. La formalisation de ces ententes devrait représenter une priorité de l'établissement au bénéfice de ces usagers particulièrement vulnérables.

La question des compétences préoccupe les membres de l'équipe qui se consacrent à offrir des soins de qualité, mais reconnaissent l'écart possible avec les équipes surspécialisées des centres de référence. Pour la sécurité des usagers et l'intégrité morale des membres de l'équipe, on devrait faciliter des formes de soutien et la formation continue.

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

Critère	non respect	té	Critères à priorité élevée
Chapitı	e 8 - Service	es de soins palliatifs et de fin de vie	
8.1.10		ères définis sont utilisés pour déterminer quand entreprendre les avec les usagers.	
8.1.31	Le proce familles	essus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des	
8.1.34	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.	POR
8.1.52	Le lieu d famille.	où un service est offert favorise le bien-être de l'usager et de sa	
8.1.59		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 des 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. L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	POR

Rapport de visite Résultats détaillés de la visite

- 8.1.59.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :
 - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information:
 - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
 - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).
- 8.1.64 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.



- REMARQUE : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.
- 8.1.64.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 8.1.64.4 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.
- 8.1.64.5 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).
- 8.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

•

Commentaires des visiteurs

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

L'équipe des soins palliatifs et de fin de vie a une seule priorité, soit d'offrir des soins de qualité dans un contexte de fin de vie. Une grande complicité et une collaboration entre les intervenants sont présentes pour offrir une trajectoire fluide et répondre promptement aux besoins des patients. La présence de

l'infirmier pivot en soins palliatifs favorise la prise en charge rapide en collaboration avec les autres secteurs tels que les soins à domicile. Les équipes sont avisées dès qu'une demande d'hospitalisation est faite afin que l'admission se fasse dans les plus brefs délais. Une seule chambre est adaptée pour les usagers en fin de vie alors qu'à plusieurs reprises il a eu plus d'un usager en fin de vie. Il est suggéré à l'établissement de réviser à la hausse le nombre de chambres disponibles et de les aménager en conséquence.

Les équipes ont reçu de la formation sur les soins palliatifs. Cependant, l'aide médicale à mourir demeure une source d'inconfort chez le personnel. Il est suggéré de faire de l'éducation sur ce nouveau phénomène et surtout de structurer des séances de partage après une aide médicale à mourir afin de permettre aux membres du personnel de ventiler les émotions. Le suivi des pratiques organisationnelles requises est bien structuré tel que les chutes, les plaies de pression, la double identification et l'hygiène des mains. Un beau travail est fait sur le bilan comparatif des médicaments par le service de pharmacie. Cependant, il n'a pas de questionnaire adressé à l'usager. Il est suggéré que le bilan comparatif des médicaments devienne un enjeu pour tous les intervenants de différentes disciplines. L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts pour que le bilan comparatif des médicaments soit conforme.

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

Critère	non respec	té	Critères à priorité élevée
Chapitr			
9.1.1	l'équipe usagers	agement physique de la salle d'opération ou d'intervention et ement sont conçus de manière à tenir compte du déplacement des s, des allées et venues, des types d'intervention effectuée, de omie et de la logistique qui accompagne la circulation de ement.	
9.1.45	Le proc familles	essus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des s.	
9.1.48	usagers comple gestion 9.1.48.1 9.1.48.2	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. 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
	9.1.48.5	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.	
9.1.112		rères normalisés sont utilisés pour déterminer si un usager peut r son congé de la salle de réveil.	

Rapport de visite Résultats détaillés de la visite

9.1.123 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.



REMARQUE : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.

- 9.1.123.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 9.1.123.4 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.
- 9.1.123.5 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).
- 9.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

La trajectoire de l'usager qui doit subir une chirurgie est bien orchestrée de la clinique préopératoire jusqu'au départ. Dès la première rencontre à cette clinique, l'usager est pris en charge en vue d'une préparation sécuritaire. Les formulaires de consentements pour la chirurgie et pour l'anesthésie sont remplis et signés.

Des documents d'information sont disponibles. Une démarche de révision des documents est en cours. Les listes d'attente sont suivies périodiquement et l'établissement est assujetti aux exigences du ministère. Le bloc opératoire de deux salles est fonctionnel et respecte les règles d'asepsie, mais les patients entrent et sortent de la salle d'opération par la même porte. Il est suggéré de trouver une solution pour éviter ce type de croisement. La consignation des informations au bloc opératoire mérite une mise à niveau afin que toute l'information pertinente se retrouve au dossier de l'usager. L'arrivée d'une infirmière clinicienne favorisera cette mise à jour.

La surveillance des usagers se fait tout au long du séjour opératoire, mais l'absence de critères de départ est notée. Il est suggéré à l'équipe d'identifier des critères de départ pour assurer un départ sécuritaire.

Programme Qmentum

Un appel téléphonique est fait le lendemain de la chirurgie pour s'assurer du retour sécuritaire de l'usager et répondre à ses questions au besoin. Il est proposé à l'équipe de la chirurgie d'un jour d'effectuer le décompte de narcotiques tous les jours.

Le matériel est en quantité suffisante pour répondre aux besoins du bloc opératoire. Le personnel respecte les procédures qui guident les bonnes pratiques au bloc opératoire.

Le secteur de l'endoscopie est bien organisé et respecte les règles de sécurité en matière d'asepsie et de manipulation du matériel.

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

Critère	non respect	é	Critères à priorité élevée
Chapitr	e 10 - Servic	es de soins ambulatoires	
10.1.4	l'objet d	ore d'usagers qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus fait l'un suivi et des stratégies sont mises en place pour améliorer les es avec l'apport des usagers et de leur famille.	
10.1.29	usagers complet	comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les et les familles pour communiquer des renseignements exacts et es lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la des médicaments est une composante importante des soins. 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
10.1.42		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

Rapport de visite Résultats détaillés de la visite

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).

10.1.45 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.



- 10.1.45.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 10.1.45.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 10.1.45.4 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.
- 10.1.45.5 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).
- 10.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.



10.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:

faire en sorte que les membres de l'équipe notent euxmêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

- 10.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 10.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

L'organisation des services ambulatoires comporte deux processus complètement différents, l'un comptant sur les spécialistes en place aux Îles-de-la-Madeleine, l'autre, sur les spécialistes visiteurs pour une large panoplie de problèmes de santé.

L'absence d'entente de service soutenant la fiabilité du deuxième volet cause beaucoup de difficultés pour l'organisation des services et des désagréments ou même des risques pour les usagers. L'annulation parfois à la dernière minute de visiteurs cause le report des services.

L'équipe sur place se dévoue autant que faire se peut pour minimiser les conséquences négatives de ces reports et des délais. Cependant, lorsque les usagers reçoivent les services, ils démontrent beaucoup de satisfaction.

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

Critère no	Critère non respecté		
Chapitre 1	11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire		
11.1.1	Au moins une fois par année, l'équipe recueille l'information sur le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des usagers sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.		
11.1.3	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.		
11.1.4	L'équipe établit des partenariats pour offrir des services d'imagerie diagnostique coordonnés.		
11.1.9	L'équipe cerne les ressources nécessaires pour offrir des services d'imagerie diagnostique de manière efficiente et en temps opportun.		
11.1.12	L'équipe dispose d'une structure de gestion avec des liens et des responsabilités hiérarchiques clairement définis.	!	
11.1.13	L'équipe dispose d'un dirigeant administratif nommé responsable de l'administration et de la gestion des services d'imagerie diagnostique; celuici doit, entre autres, superviser et diriger les prestataires de services d'imagerie diagnostique.	!	
11.1.18	L'équipe appuie les prestataires de services d'imagerie diagnostique pour qu'ils puissent participer régulièrement à des activités de perfectionnement professionnel.		
11.1.102	L'équipe tient un horaire des interventions de contrôle de la qualité.		
11.1.106	L'organisme recueille des renseignements et des commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.		
11.1.107	L'équipe détermine un ou des indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité.		

- 11.1.108 L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des incidents liés à la sécurité des usagers.
- 11.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.



11.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:

faire en sorte que les membres de l'équipe notent euxmêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

- 11.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 11.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Les services d'imagerie et de médecine nucléaire sont offerts par du personnel expérimenté au sein d'une équipe stable.

L'équipe effectue un suivi des listes d'attentes et a au cours des années formé des technologistes pour réaliser certains types d'examens en graphie, ce qui aide à l'optimisation des volumes d'activités.

Un radiologiste est présent 37 semaines durant l'année et est à distance le reste du temps. Il a été possible de constater qu'il n'y a pas de délais entre l'examen et la transcription du rapport. La plupart des rapports sont rédigés la journée même, ce qui est une excellente pratique.

Depuis une année, les volumes tendent à augmenter. Les responsables sont invités à documenter les volumes et à s'assurer que les délais d'attente n'augmentent pas.

Le service de la radiologie est géré par une technologue qui a le titre d'assistante-chef. Toutefois, il n'y a pas de chef administratif depuis longtemps. L'établissement est invité à réfléchir à l'organisation de la gestion du département et à voir si elle adopte les meilleures pratiques.

Il faut s'interroger sur le rôle qu'une assistante-chef, sans soutien terrain au niveau administratif, peut avoir comme impact à court et long terme. Les appréciations du rendement sont mises de côté et le développement de projets novateurs ou le maintien des meilleures pratiques peuvent en souffrir.

Ce n'est qu'une question de temps avant de voir des enjeux de main-d'œuvre se présenter dans ce secteur. Le personnel a une longue expérience et, à moyen terme, des départs à la retraite pourraient se présenter.

L'adéquation entre l'offre et la demande est à faire.

L'établissement est invité à voir dans quelle mesure les services utilisés sont optimaux. Par exemple, en l'absence de la résonnance magnétique mobile, des échographies, des scannographies sont demandées et finalement, le rapport suggère l'imagerie par résonance magnétique (IRM.) Le maintien des compétences pour l'IRM demeure un enjeu, car les équipes procèdent à près de 500 IRM/année et possiblement que ce chiffre serait à la hausse si l'équipement était disponible plus fréquemment.

L'amélioration de la qualité, bien que présente dans les activités de l'équipe, doit être documentée.

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

Critère I	non respec	té	Critères à priorité élevée	
Chapitro	2 16 - Chem	ninement de l'usager		
16.1.4	et la co	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.	POR	
16.1.14		otocoles sont en place pour déterminer et gérer les périodes de tion et d'afflux massif au service des urgences.	!	
16.1.15		otocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant odes de congestion sont suivis par l'équipe.	!	
16.1.16	•	tocoles établis pour la gestion des cas sont suivis lorsque les lits talisation ne sont pas disponibles.		
Commentaires des visiteurs				
Chapitr	Chapitre 16 - Cheminement de l'usager			

Les équipes comptent sur des données systématiques pour analyser le flot des usagers dans l'ensemble des services et agissent rapidement et même avec anticipation afin d'assurer un accès maximal aux services et une utilisation judicieuse des ressources. En particulier, les processus de gestion intégrée des ressources et des flots sont exemplaires, comptant non seulement les différents secteurs hospitaliers, mais aussi les services extérieurs comme le soutien à domicile et l'hébergement. Le même groupe veille en même temps à l'évaluation des besoins en ressources humaines. Il resterait à formaliser et à documenter ce processus pour le consolider.

Les échanges entre les gestionnaires posent cependant un certain risque à la confidentialité. Les informations partagées devant un groupe assez important de gestionnaires sont parfois trop détaillées et peuvent permettre l'identification des usagers, incluant leurs problèmes de santé. Il en est de même pour la portion « ressources humaines » alors qu'il arrive que les employés absents soient identifiés avec les raisons de leur absence, ce qui met à risque la confidentialité des informations.

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

Critère no	Critère non respecté		
Chapitre :	1 - Excellence des services		
1.1.6	Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.		
1.1.8	Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.	!	
1.2.7	Les exigences et les lacunes liées à la technologie et aux systèmes d'information sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme.		
1.3.10	Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!	
1.5.1	Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.	!	
1.5.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.		
1.5.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!	
1.5.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.	!	
1.5.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!	
1.5.14	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.		

- 1.5.15 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.
- 1.5.22 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 1 - Excellence des services

La mobilisation, le dévouement et la solidarité des membres des équipes des services généraux sont une force incontournable au travail d'équipe. La direction reconnaît et valorise les efforts et les accomplissements de chacun. Par ailleurs, il est important que la direction continue sa réflexion sur la place de la santé physique à l'intérieur des services généraux tout comme prioriser le développement et la mise sur pied des plans d'amélioration de la qualité intégrée pour chaque secteur d'activités.

La création du poste d'agent de planification de la programmation et de la recherche (APPR) est une valeur ajoutée au programme pour commencer le suivi d'indicateurs de performance et assurer un rôle de soutien auprès des équipes.

La satisfaction des usagers est une composante importante à l'évaluation des services. À cet effet, l'établissement pourrait inclure dans son plan d'amélioration de la qualité la révision de son questionnaire de satisfaction de la clientèle et des mécanismes de distribution aux usagers.

Des efforts gigantesques ont été déployés pour faire face à la pandémie de COVID-19 et des résultats exceptionnels pour la vaccination de la population ont été atteints.

L'établissement est invité à définir ses liens avec le groupe de médecine familiale (GMF) pour l'accessibilité de la clientèle. De plus, il y a une gestion tripartite du GMF (direction des soins infirmiers - direction des services professionnels - responsable du GMF), ce qui peut représenter un défi pour la fluidité de la clientèle.

L'enjeu de la polyvalence des équipes demeure (tout le monde fait de tout). La stabilité des équipes représente un défi de même que le maintien des compétences.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée			
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)				
2.1.4 Des contrats ou des protocoles d'entente écrits sont passés avec les organismes lorsque des services sont obtenus auprès d'un partenaire pour offrir des soins ou des services directs (ententes de services).				
 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			
Commentaires des visiteurs Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)				

L'équipe du Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) répond dans les délais prescrits aux demandes de service. Tous les usagers sont rencontrés individuellement, et ce, malgré la taille réduite de l'équipe. C'est remarquable.

Des services centrés sur l'usager s'inscrivent dans la mission et les valeurs de l'AAOR; les transferts personnalisés des usagers vers le service des urgences en sont un bel exemple.

Il y a un comité d'orientation clinique qui se rencontre régulièrement afin de bien diriger les demandes plus complexes vers les bons services. Des partenariats formalisés seraient souhaitables vers la 3e ligne pour la clientèle plus lourde.

Rapport de visite

Programme Qmentum

L'arrivée d'une spécialiste en activités cliniques (SAC) depuis près d'une année a grandement amélioré le fonctionnement du service.

L'équipe est encouragée à s'assurer de la satisfaction de la clientèle à l'égard des services offerts. Le questionnaire de satisfaction mérite d'être révisé.

L'équipe est encouragée à s'interroger sur l'accessibilité pour la population aux services de l'AAOR; est-ce que l'horaire actuel répond aux besoins de la population malgré la bascule vers l'équipe de crise 24/7?

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

Critère non res	specté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Se	ervices de consultation sociale ou psychologique	
cor	participation à des activités visant à augmenter la capacité de la mmunauté à appuyer les usagers et les familles qui recherchent des vices de santé mentale est évidente.	
	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.	POR
am	fficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour réliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des nilles.	
	conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait bjet d'une évaluation.	POR

- 4.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications).

 Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:
 - faire en sorte que les membres de l'équipe notent euxmêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
 - mesurer l'utilisation d'un produit;
 - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
 - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 4.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
- 4.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique

Malgré le chevauchement des rôles et le nombre restreint des effectifs, cette équipe réussit à répondre aux besoins de la clientèle.

Le fait d'avoir une équipe solide, stable et expérimentée contribue au succès. Ce succès est quand même fragile compte tenu du risque de surcharge de travail et d'épuisement des membres de l'équipe dans un contexte d'augmentation des volumes. L'ajout du poste de spécialiste en activités cliniques est une valeur ajoutée à l'équipe qui est grandement appréciée.

Le maintien des compétences est primordial pour cette équipe. L'équipe est invitée à identifier et à implanter les meilleures pratiques à cet effet telles que : entente de services avec des partenaires de 3e ligne; des corridors de communication avec des équipes vivant des réalités cliniques et organisationnelles semblables; accès à la supervision, etc.

Le suivi d'indicateurs de performance associé à un projet d'amélioration de la qualité doit être développé. Cette pratique permettra à l'équipe de fixer des objectifs mesurables et précis et d'évaluer les résultats dans une perspective d'amélioration continue.

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

Critère	Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Chapitr	Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu		
5.1.34	de faço	nation pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée n efficace aux points de transition des soins.	POR
	5.1.34.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
	5.1.34.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:	
		utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
5.1.35	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.		
5.1.39	et la co	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.	POR

5.1.39.5 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).

Commentaires des visiteurs

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

Une équipe mobilisée, dévouée et professionnelle qui assure le relais des services du Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) en soirée et les fins de semaine presque à bout de bras malgré l'amplitude des autres responsabilités cliniques liées à leur poste.

Cette équipe est appelée à gérer plusieurs dimensions de crises dont, entre autres, celle liée à l'hébergement. Cette problématique est non seulement complexe à résoudre, mais devient un enjeu majeur pour l'équipe compte tenu de la progression du phénomène d'itinérance dans la communauté et le manque de ressources d'hébergement de crise. C'est une situation qui dépasse le cadre d'intervention des membres de l'équipe et devient une priorité organisationnelle. L'établissement est encouragé à prioriser cet enjeu et soutenir une démarche avec les partenaires de la communauté.

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

Critère	non respec	té	Critères à priorité élevée	
Chapitr	Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile			
6.1.24	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.		POR	
	6.1.24.1	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.		
	6.1.24.5	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). 		

Commentaires des visiteurs

Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

La collaboration des membres des équipes du volet psychosocial et de la sécurité civile est un bel exemple de mobilisation extrême et soutenue, qui sans doute, contribue à son succès.

Issue des besoins pour assurer la sécurité des usagers et du personnel, l'équipe « Code blanc » formée de 12 intervenants disponibles en tout temps pour les mesures d'urgence est un accomplissement remarquable de gestion intégrée de la qualité. L'équipe des mesures d'urgence psychosociales agit promptement et efficacement lorsqu'elle est sollicitée. Les effectifs sont déployés selon le protocole établi. Il serait important pour l'équipe de créer et de suivre une procédure pour la tenue de dossiers, les rapports post-intervention et leurs suivis.

Rapport de visite Résultats détaillés de la visite

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

Critère ı	non respec	té	Critères à priorité élevée
Chapitre			
8.1.33	services	e un processus ou un système pour gérer et coordonner les soins ou s d'usagers ayant des besoins complexes en matière de santé ou des pidités multiples.	!
8.1.41	usagers comple	a comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les set 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. 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. 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.	POR
8.1.60		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.	POR

- 8.1.60.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 8.1.60.3 Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.
- 8.1.60.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 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).
- 8.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.

8.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications).

Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:

faire en sorte que les membres de l'équipe notent euxmêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).

8.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.



- 8.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.
- 8.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

1

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

L'équipe multidisciplinaire du groupe de médecine familiale reçoit des usagers adultes avec différentes pathologies surtout chroniques. Les équipes font le lien avec les cliniques médicales satellites. La référence aux différents services mérite une attention particulière. Il est difficile de comprendre à quel professionnel l'usager est référé. Il est suggéré à l'équipe de revoir les rôles et responsabilités des professionnels qui travaillent afin d'optimiser les compétences des intervenants.

Les intervenants documentent les observations dans un dossier informatisé. Il n'a pas d'interopérabilité entre les différents outils informatisés. Les intervenants ont le souci d'évaluer le risque suicidaire et prenne acte dès qu'une situation critique se présente. Le consentement est signé dès que l'usager se présente à la réception.

Il existe des dossiers parallèles dans certains secteurs, entre autres, la grille de priorisation des usagers. Il serait utile que l'établissement trouve une solution pour rendre disponibles les informations reliées à l'usager à tous les intervenants.

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

Critère ı	non respec	té	Critères à priorité élevée
Chapitre	e 9 - Servic	es de santé courants	
9.1.23	Le proc famille	cessus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des s.	
9.1.28	usagers comple	comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les et les familles pour communiquer des renseignements exacts et ets 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	POR
	9.1.28.3	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.	
	9.1.28.4	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.	
	9.1.28.5	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.	
9.1.40		mation pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée on efficace aux points de transition des soins.	POR

Rapport de visite Résultats détaillés de la visite

- 9.1.40.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.
- 9.1.40.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.
- 9.1.40.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 9.1.40.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:

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).

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



9.2.1.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple:

faire en sorte que les membres de l'équipe notent euxmêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière

UV).

- 9.2.1.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe et aux bénévoles.
 9.2.1.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.
- 9.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services de santé courants

L'équipe des services courants est très attentionnée pour répondre promptement aux besoins de la clientèle. Les usagers sont référés pour des problèmes de santé chronique ou principalement des suivis de plaies. Les usagers rencontrés sont très satisfaits des soins et services reçus. L'équipe fait face à un manque de personnel. Les communications informatiques avec les cliniques satellites du groupe de médecine familiale (GMF) sont complexes étant donné que les outils informations ne sont pas interopérables.

Les suivis des usagers pour les soins de plaies sont consignés dans un dossier parallèle. L'établissement est encouragé à trouver des solutions pour rendre les informations à l'ensemble des intervenants. Des suivis téléphoniques sont faits auprès de la clientèle ayant des maladies chroniques (diabète, douleurs chroniques) afin de faire de l'enseignement et des évaluations de la condition clinique.

Un souci est fait pour l'hygiène des mains. Plusieurs actions ont été faites pour s'assurer du respect de cette pratique. L'équipe est encouragée à faire des audits sur le lavage des mains.

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 r	Critères à priorité élevée			
Télésanté				
2.2	La stratégie de l'organisme est élaborée en collaboration avec les usagers.			
2.3	Le processus d'évaluation du service de télésanté est conçu avec la collaboration des usagers, au besoin.			
3.7	Les perspectives d'amélioration de la qualité sont déterminées en collaboration avec les usagers.			
3.8	Les conseils et les protocoles sont examinés régulièrement, en collaboration avec les usagers.	!		
5.1	Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant d'offrir le service de télésanté, au besoin.	!		
Commentaires des visiteurs				
Processus prioritaire : Télésanté				

L'équipe de télésanté du CISSS des Îles est sous la gouverne de la direction des ressources informatiques du CHU de Québec. L'équipe travaille en étroite collaboration avec ce partenaire pour établir les fondements de la télésanté. L'équipe a identifié un pilote clinique et un pilote technologique. Cependant, les ressources sont très limitées, ce qui freine le déploiement de la télésanté selon les recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Il est suggéré à l'établissement de créer un comité tactique local multidisciplinaire pour favoriser le développement de cette nouvelle technologie.

Le CISSS des Îles faisait de la télésanté bien avant la pandémie. Le dossier de la thrombolyse lors d'accident vasculaire cérébral en est un bon exemple. Des ententes de service sont établies entre Québec et Sherbrooke pour favoriser le suivi des usagers à distance. L'équipe est également soutenue par le Réseau québécois de la télésanté; elle est mobilisée sur cette nouvelle réalité d'offre de service non traditionnelle en constante évolution. Le désir d'améliorer continuellement l'expérience des professionnels et des usagers est une valeur partagée. De plus, le centre de coordination en télésanté est un acteur clé pour assurer le fonctionnement de la télésanté au Québec. L'équipe locale a élaboré un plan

d'action d'amélioration continue en télésanté. La contribution des usagers sera présente dans le dossier avec la présence d'un usager dans ledit comité.

Différentes technologies sont utilisées pour maximiser l'utilisation de la télésanté tout en tenant compte de la réalité des usagers. Selon la situation, certains usagers souhaitent être accompagnés par un membre du personnel pour faciliter l'utilisation de la technologie et obtenir du soutien au besoin.

L'équipe doit porter une attention particulière au consentement. Il faut souligner l'ajout sur le formulaire de consentement d'une section sur l'utilisation de la télésanté. Cependant, les usagers contactés ont mentionné ne pas avoir signé de consentement ni d'approbation verbale à l'utilisation de cette technologie. Il est suggéré d'établir une procédure locale afin de s'assurer que le consentement libre et éclairé est noté au dossier et de faire des audits afin de s'en assurer. Il faut noter une grande satisfaction des usagers relativement à l'utilisation de cette technologie. Une usagère contactée a mentionné : « il faut que ça continue ».

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.

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.