



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Gatineau, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 25 au 30 septembre 2022

Date de production du rapport : 11 novembre 2022

Au sujet du rapport

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (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 septembre 2022. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	9
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	24
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	30
Résultats détaillés de la visite	33
Résultats pour les manuels d'évaluation	34
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	34
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	37
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	42
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	46
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	49
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	52
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	55
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	56
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	60
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	63
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	68
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	71
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager	73
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	76
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	79
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	80
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	81
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	83
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	85
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	87

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	88
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	90
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	92
Ensemble de normes : Télésanté	92
Annexe A - Programme Qmentum	95

Sommaire

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (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'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue 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 : 25 au 30 septembre 2022**

- **Emplacements**

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

1. CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE GATINEAU
2. CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MANSFIELD-ET-PONTEFRACT
3. CISSS de l'Outaouais, siège social
4. CLSC DE CHELSEA
5. CLSC DE GRACEFIELD
6. CLSC DE VAL-DES-MONTS
7. CLSC DE VALLÉE-DE-LA-LIÈVRE
8. CLSC SAINT-RÉDEMPTEUR
9. GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRE ET CENTRE DE SERVICES AMBULATOIRES ET PÉDIATRIE DE L'OUTAOUAIS
10. HÔPITAL DE GATINEAU
11. HÔPITAL DE HULL
12. HÔPITAL DE MANIWAKI
13. HÔPITAL ET CHSLD DE PAPINEAU

14. HÔPITAL ET CHSLD DU PONTIAC

15. HÔPITAL ET CHSLD MÉMORIAL DE WAKEFIELD / WAKEFIELD MEMORIAL HOSPITAL

- **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.)	10	3	0	13
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	120	5	0	125
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	519	50	22	591
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	23	2	0	25
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	502	18	30	550
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	79	3	0	82
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	415	40	22	477
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	35	2	0	37
Total	1703	123	74	1900

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.

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Santé physique									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	35 (87,5%)	5 (12,5%)	0	45 (93,8%)	3 (6,3%)	0	80 (90,9%)	8 (9,1%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	40 (78,4%)	11 (21,6%)	0	61 (84,7%)	11 (15,3%)	0	101 (82,1%)	22 (17,9%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	37 (90,2%)	4 (9,8%)	0	45 (97,8%)	1 (2,2%)	2	82 (94,3%)	5 (5,7%)	2
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	42 (95,5%)	2 (4,5%)	0	62 (100,0%)	0 (0,0%)	6	104 (98,1%)	2 (1,9%)	6

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	42 (100,0%)	0 (0,0%)	1	45 (100,0%)	0 (0,0%)	5	87 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	37 (97,4%)	1 (2,6%)	0	46 (93,9%)	3 (6,1%)	1	83 (95,4%)	4 (4,6%)	1
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	76 (100,0%)	0 (0,0%)	0	85 (100,0%)	0 (0,0%)	0	161 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	26 (92,9%)	2 (7,1%)	0	51 (98,1%)	1 (1,9%)	8	77 (96,3%)	3 (3,8%)	8
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	79 (98,8%)	1 (1,3%)	2	64 (100,0%)	0 (0,0%)	0	143 (99,3%)	1 (0,7%)	2
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	23 (79,3%)	6 (20,7%)	0	41 (97,6%)	1 (2,4%)	0	64 (90,1%)	7 (9,9%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	69 (89,6%)	8 (10,4%)	0	53 (93,0%)	4 (7,0%)	5	122 (91,0%)	12 (9,0%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	17 (100,0%)	0 (0,0%)	19	31 (91,2%)	3 (8,8%)	18	48 (94,1%)	3 (5,9%)	37
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	11 (84,6%)	2 (15,4%)	0	13 (81,3%)	3 (18,8%)	0

Total	525 (92,8%)	41 (7,2%)	22	640 (95,7%)	29 (4,3%)	45	1165 (94,3%)	70 (5,7%)	67
Services généraux									
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	36 (90,0%)	4 (10,0%)	0	46 (95,8%)	2 (4,2%)	0	82 (93,2%)	6 (6,8%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	17 (100,0%)	0 (0,0%)	0	19 (100,0%)	0 (0,0%)	0	36 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 3 - Service Info-Social	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0	14 (93,3%)	1 (6,7%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	40 (95,2%)	2 (4,8%)	0	58 (96,7%)	2 (3,3%)	0
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	15 (83,3%)	3 (16,7%)	0	20 (87,0%)	3 (13,0%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0	11 (91,7%)	1 (8,3%)	0	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	37 (100,0%)	0 (0,0%)	1	46 (97,9%)	1 (2,1%)	2	83 (98,8%)	1 (1,2%)	3

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	28 (100,0%)	0 (0,0%)	0	36 (97,3%)	1 (2,7%)	4	64 (98,5%)	1 (1,5%)	4
Total	161 (97,6%)	4 (2,4%)	23	247 (95,4%)	12 (4,6%)	6	408 (96,2%)	16 (3,8%)	7
Télésanté									
Ensemble de normes : Télésanté	20 (95,2%)	1 (4,8%)	0	26 (81,3%)	6 (18,8%)	0	46 (86,8%)	7 (13,2%)	0
Total	20 (95,2%)	1 (4,8%)	23	26 (81,3%)	6 (18,8%)	0	46 (86,8%)	7 (13,2%)	0
Total	706 (93,9%)	46 (6,1%)	23	913 (95,1%)	47 (4,9%)	51	1619 (94,6%)	93 (5,4%)	74

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	0 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	3 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
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	2 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 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	3 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)	Conforme	5 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)	Conforme	5 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))	Conforme	5 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	4 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Non Conforme	5 sur 6

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	4 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	7 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Non Conforme	7 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	8 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	6 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Non Conforme	2 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager)	Non Conforme	7 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	8 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	2 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

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 - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Non Conforme	1 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)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	3 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 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1

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 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	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

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 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
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 : Évaluation des risques		
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	2 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	2 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 - 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 3 - Service Info-Social)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 7 - Service Info-Santé)	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

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

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 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.

FAITS SAILLANTS POUR CHACUN DES PROCESSUS PRIORITAIRES ÉVALUÉS.

Télésanté

La télésanté a connu un essor significatif dans les dernières années eu égard au contexte pandémique. Dans les secteurs visités, implant cochléaire et chirurgie thoracique, la télésanté est un succès. Cela a permis une réelle valeur ajoutée pour les usagers et proches de la région de Gatineau. L'équipe de télésanté est dynamique. Elle est composée notamment d'un usager partenaire qui soutient les travaux de structuration de l'offre de service. Des politiques/procédures sont à créer, à réviser ou à intégrer. Des priorités et des façons de faire sont à convenir en partenariat avec le comité de direction. Les besoins des usagers, leur sécurité de même que le soutien des utilisateurs et la gestion du changement sont des éléments majeurs à considérer dans la poursuite du déploiement de la télésanté.

Excellence services généraux

Le personnel d'encadrement clinique des services généraux est dynamique et démontre un solide engagement envers la clientèle. Des efforts considérables ont été déployés pour poursuivre l'intégration des services de première ligne et améliorer l'accès. De multiples partenariats et projets sont en cours et témoignent de la vivacité du milieu. Il est suggéré d'évaluer l'impact des projets sur l'accès et sur la fluidité continue de la trajectoire de l'utilisateur. De même, le partenariat usager est à poursuivre tant sur le plan clinique qu'administratif.

Accueil, analyse, Orientation et référence (AAOR) et Info-Social

L'équipe est centralisée et très bien structurée ; elle démontre un véritable souci à répondre aux besoins des usagers tout en tenant en compte de leurs réalités et de leurs besoins. La méthode créative de confection des horaires permet aussi d'assurer une couverture adéquate sur une base 24-7.

Le projet « Unité d'intervention de crise (UNIC) », réalisé en collaboration avec le service de police la Ville de Gatineau (SPVG), est très apprécié par les intervenants et la communauté. Il contribue à réduire l'achalandage aux salles d'urgence. Les appels sont pris en charge de façon assidue, et, si nécessaire, l'équipe maintient le contact avec les usagers en faisant des relances téléphoniques afin d'assurer leur sécurité jusqu'à une prise en charge clinique.

Services de consultation sociale ou psychologique

Les travaux de l'équipe de consultation sociale et psychologique avec les partenaires de la communauté sont très bien structurés. Il y a des investissements importants ainsi que de nombreuses initiatives novatrices pour améliorer l'accès aux services auprès de la clientèle. Les usagers indiquent qu'ils se sentent « bien pris en charge » par l'équipe. Toutefois, celle-ci est encouragée à poursuivre les travaux avec les partenaires communautaires pour faire développer les logements de court et long terme pour la clientèle en santé mentale.

Services d'intervention psychosociale en cas de crise dans le milieu

La grande intégration clinique des services de première ligne avec l'accueil, l'Info-Santé, l'Info-Social et l'intervention de crise dans le milieu est certes un très bon coup de l'établissement. Le fait que les intervenants puissent être regroupés en présence dans un même lieu favorise la collaboration, le soutien, le partage continu d'expertise et surtout une agilité dans la réponse aux besoins des usagers. L'équipe UNIC, fruit d'un partenariat avec le service de police de la Ville de Gatineau, permet une intervention sécuritaire, immédiate et interdisciplinaire très solide. Plus du tiers des usagers sont dirigés vers d'autres services dans la communauté plutôt que vers le Service des urgences, ce qui constitue un résultat prometteur. Le secteur est invité à poursuivre ses efforts dans l'évaluation des transferts d'information aux points de transition et à identifier tous les obstacles potentiels à la trajectoire de services interdirection.

Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

La région a été touchée par plusieurs sinistres ces dernières années (inondations, tornade et pandémie). L'équipe psychosociale possède beaucoup d'expérience et d'expertise. Elle a relevé ces défis avec brio. Elle peut se mobiliser rapidement en cas de besoin organisationnel. D'autres ressources peuvent venir se greffer à l'équipe de base en cas d'activation des mesures. Les suivis et le soutien sont étroits avec leur gestionnaire pendant l'activation des mesures. L'équipe souhaite structurer davantage les plans et processus en suivi des événements antérieurs. Elle veut développer des outils de formation pour soutenir les intervenants psychosociaux et préparer la relève.

Sur le plan organisationnel, la Politique de sécurité civile doit être mise à jour et un plan régional de sécurité civile, mission santé, doit être adopté dès que possible. La diffusion sera aussi essentielle afin d'assurer la bonne communication interdirection lors d'un sinistre potentiel.

Services Info-Santé

L'équipe Info-Santé suit les politiques et procédures comme prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'équipe a su démontrer sa grande agilité pendant la pandémie, le personnel a reçu de nombreuses formations sur l'utilisation des outils informatiques, incluant la transition à un mode hybride de travail.

Services de soins primaires Groupe de médecine famille (GMF) public

Le Groupe de médecine de famille universitaire, GMF-U, affilié à l'Université McGill, est un joyau du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais. Situé dans le même immeuble que la faculté de médecine, il est doté d'une équipe multidisciplinaire et offre des services de première ligne dans une approche biopsychosociale. De plus, dans sa mission d'enseignement, il fait partie du volet académique de la Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche. Cette grande réalisation contribue non seulement au rayonnement du CISSS, mais encore constitue un levier d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre médicale.

Services de santé courants

Une équipe résiliente contribue au désengorgement du service des urgences en dispensant des soins à tout usager ambulatoire, peu importe le groupe d'âge. En dépit de la pandémie et du délestage, le service a toujours été accessible en tout temps (24 h/24, 7 j/7). L'ajout récent d'un gestionnaire à proximité des équipes permet une harmonisation de la pratique et une écoute attentive pour la résolution des enjeux dus à la pénurie d'effectifs.

Programme Santé physique - Excellence des services

Les secteurs de santé physique s'inscrivent en cohérence de la planification stratégique en s'assurant d'impliquer de plus en plus les usagers aux projets d'amélioration et à la conception des services. La gestion de proximité est une préoccupation depuis quelques années. Avec l'arrivée de nombreux gestionnaires au cours des deux dernières années, l'établissement a développé un programme-cadre de soutien aux gestionnaires « CISSSO académie ». La contribution médicale aux activités de gestion clinico-administrative mérite d'être soulignée et cette cogestion est appréciée à tous les niveaux de l'établissement.

Cheminement de l'utilisateur

Tout récemment, une nouvelle gouvernance de la fluidité des épisodes de soins a été mise en place. Cette nouvelle structure a établi des objectifs clairs d'amélioration continue et a choisi une approche de gestion basée sur les besoins de la clientèle et sur la responsabilisation de toutes les directions concernées. Étant donné le peu de temps de rodage de divers comités mis en place, les directions responsables font face à de grands défis d'évaluation de l'efficacité et de l'efficience de cette nouvelle structure de gestion.

Services des urgences

Bien que le contexte actuel soit très difficile et complexe, bon nombre de mesures d'amélioration de la fluidité et de la gestion et d'atténuation des risques sont en cours. Il reste encore des efforts supplémentaires à mettre autant aux urgences de niveau secondaire qu'aux urgences de niveau primaire. L'établissement devrait commencer rapidement un exercice structuré de priorisation des actions, car il sera difficile de gérer et d'évaluer la performance de ces nombreuses actions déjà en place et en cours.

Unités d'hospitalisation

Les unités de soins font face à une grande pression en lien avec la pénurie de personnel, les taux d'occupation élevés ainsi que la mixité des clientèles. Malgré cela, grâce au travail d'équipe et à la collaboration, le personnel demeure mobilisé et offre des services empreints d'empathie envers la clientèle. Certaines unités bénéficient du soutien de conseillères en soins, ce qu'il conviendrait d'offrir dans tous les secteurs afin d'assurer le soutien et le maintien de la qualité des soins. L'évaluation des processus cliniques est à développer dans une optique d'amélioration continue.

Services de soins critiques

Le secteur des soins critiques offre des soins de grande qualité à la clientèle, et ce, malgré la pénurie importante de main-d'œuvre. Cette situation affecte grandement l'offre de service et limite l'accessibilité aux soins et services. L'engagement des équipes et leur grande compétence permettent d'assurer des soins de qualité en collaboration avec les équipes médicales et les autres professionnels. Le soutien clinique des infirmières cliniciennes contribue grandement au développement des compétences et au transfert des connaissances. L'intégration des nouvelles infirmières est facilitée par l'encadrement des infirmières expertes et la présence d'un laboratoire de soins critiques. Le projet de développement de lits de soins intensifs nécessitera une harmonisation des pratiques et l'intégration de nouvelles ressources. Une pratique harmonisée dans l'unité ouverte permettra une meilleure fluidité des clientèles et une optimisation des services offerts.

Services de néonatalogie

L'unité de néonatalogie du CISSS est une unité à aire ouverte de 12 lits de niveau 2B pour une clientèle de 32 semaines et plus. Malgré cet environnement non optimal, l'équipe de soins réussit à créer un espace d'intimité entre le nouveau-né et ses parents. L'approche de partenariat de soins est bien implantée.

L'implantation de l'approche développementale, la disponibilité de chambres de repos à proximité de l'unité pour la mère, la présence d'une infirmière en allaitement et le salon des parents sont des nombreux projets d'excellence.

Il est important de noter l'engagement de l'équipe à poursuivre le développement de leur compétence et d'avoir maintenu l'offre de service durant la pandémie.

Services de pédiatrie

L'engagement de l'équipe de pédiatrie à maintenir l'offre de service en pandémie est à noter. L'approche de soins centrés sur l'enfant et sa famille est bien implantée dans la démarche de partenariat. La proximité de la clinique de pédiatrie COPAIN et de l'unité permet une gestion efficiente et efficace des ressources médicales et en soins infirmiers.

Bien que les récents aménagements ont amélioré l'environnement général de l'unité, peu d'espace est prévu pour les familles lorsqu'une chambre est occupée par deux enfants en cas de débordement dans l'unité. Depuis l'implantation du monitoring cardiaque à l'unité, il est recommandé de donner une formation sur la lecture des électrocardiogrammes (ECG) aux infirmières.

Dans un souci de rétention des ressources, l'établissement doit soutenir les équipes pour faciliter l'implantation de la démarche d'appréciation de la contribution des employés adaptée à leur réalité.
Services d'oncologie.

Les divers services en oncologie travaillent en étroite collaboration afin d'offrir des services de haute qualité et dans les meilleurs délais aux usagers nécessitant des soins oncologiques. Il faut aussi souligner l'attention portée à la coordination des services à toutes les étapes de la trajectoire en services d'oncologie. De plus, les dirigeants rapportent que le travail en cogestion contribue grandement au succès du programme.

Les services d'oncologie peuvent compter sur des usagers partenaires engagés et très actifs autant au niveau local qu'au niveau régional. Leur implication est notée dans plusieurs projets d'envergure. La sécurité de l'utilisateur est au cœur de toutes les interventions et les résultats des nombreux audits en témoignent.
Services de soins palliatifs et de fin de vie.

Les soins palliatifs n'ont pas d'espace physique dédié dans l'installation visitée. Les activités sont organisées par différentes personnes de l'équipe de soins, dépendant du milieu. Toutes effectuent un travail et en font un excellent usage. La conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) ainsi qu'aux remarquables, centré sur l'utilisateur et sa famille. Elles ont une grande connaissance des ressources disponibles et en font un excellent usage. La conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) ainsi qu'aux marqueurs à priorité élevée est quasi parfaite. Un travail de coordination remarquable pour des usagers et leurs familles qui vivent des moments difficiles.

Services interventionnels et périchirurgicaux

Bien que la population desservie par les divers sites et les besoins des clientèles diffèrent, le secteur des services interventionnels et chirurgicaux offre des soins et services de qualité. L'encadrement clinique contribue grandement à la formation de la relève et à l'amélioration continue de la qualité. Le désir des équipes d'harmoniser les procédures et processus favorise l'intégration des nouvelles ressources qui œuvrent dans les différents sites et assure une uniformité des pratiques. Les nombreuses initiatives des équipes, afin d'améliorer l'accessibilité des soins et des services ainsi que la gestion des listes d'attente en chirurgie, ont permis de diminuer les listes d'attente pour la chirurgie et l'endoscopie. La grande polyvalence des équipes en place permet d'assurer un service optimal à la clientèle, et ce, en grande collaboration avec les équipes médicales.

Services ambulatoires

Les équipes des soins ambulatoires sont mobilisées et se passionnent pour leur clientèle. Elles font preuve d'une grande capacité d'adaptation afin de bien répondre aux besoins de celle-ci. Plusieurs services spécialisés sont offerts et permettent un accès de proximité. Certains secteurs des soins ambulatoires sont peu sollicités dans les actions de désengorgement des urgences et pourraient contribuer davantage à éviter des visites au service des urgences ou à réduire les durées de séjour.

Imagerie médicale et médecine nucléaire

Les services de radiodiagnostic et de médecine nucléaire contribuent activement à la fluidité des épisodes de soins. Ils n'hésitent pas à mettre en œuvre des solutions créatives afin d'assurer l'accessibilité et de rendre les résultats d'examens au moment opportun. L'arrivée du programme collégial en technologie de radiodiagnostic en Outaouais permettra à moyen terme de réduire les conséquences de la pénurie de technologues et contribue à soutenir une des priorités organisationnelles «d'étudier en santé et services sociaux en Outaouais».

Services de dons d'organes (donneurs décédés)

Un service de dons d'organe est en place pour soutenir le don d'organe au CISSS de l'Outaouais. Il est composé de deux infirmières ressources soutenues par une conseillère-cadre. L'accompagnement des familles se fait avec toute la bienveillance requise et est au cœur des interventions de cette équipe. Grâce au soutien de cette équipe et à la grande collaboration avec les partenaires, le don d'organe est actif dans la région. L'établissement pourrait aller plus loin en se fixant comme objectif stratégique le développement du don d'organes.

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	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 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 5 - Services de néonatalogie 5.1.65 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie 6.1.58 · 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 9 - Services de santé courants 9.1.40
<p>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'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.29

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.54 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.38 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.33 · 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 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.29 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.28
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
<p>Formation sur les pompes à perfusion</p> <p>Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services 1.3.7
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Prévenir la congestion au service des urgences</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.98 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.66 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie 5.1.69 · 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 10 - Services de soins ambulatoires 10.1.45 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'usager 16.1.4

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.2.1 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux 9.2.1 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires 10.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Stratégie de prévention des chutes Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.36 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.35
<p>Prévention des plaies de pression Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.37 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.36

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	
1.1.2 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
1.1.7 Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
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.	!
1.2.8 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.3.7 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.	

1.3.7.2 Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe :

qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services;

qui reviennent d'un congé prolongé;

quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées;

quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis;

quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.

1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.



1.7.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.



1.7.3 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.

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

Les directions et services de santé physique démontrent un très grand engagement envers les usagers et la réponse aux besoins de la population de l'Outaouais. La lutte contre la pandémie de COVID-19 a permis au Centre intégré de santé et de services (CISSS) de l'Outaouais d'innover dans plusieurs domaines. Le CISSS a su s'adapter et s'améliorer continuellement au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie et des besoins de la population. Les conséquences de cette lutte contre la pandémie nécessitent un effort considérable pour rétablir les soins et services et reprendre les activités de gestion. La plupart des constats et recommandations de ce chapitre d'excellence des services de santé physique portent sur cette reprise des activités; les autres permettent d'aller un peu plus loin et soutiendront cette reprise.

Il est primordial de reprendre les activités d'évaluation de la contribution (rendement) du personnel périodique, surtout dans un contexte de l'arrivée de nouveaux employés et gestionnaires au cours des deux dernières années. Ainsi, une stratégie de reprise et de soutien aux gestionnaires doit être décidée avec des objectifs et un suivi.

Plusieurs projets et initiatives se réalisent avec la participation des usagers; par exemple la construction du futur hôpital, des soins intermédiaires en pédiatrie et plusieurs autres pour une centaine de participations des usagers partenaires dans 58 projets. L'établissement est encouragé à impliquer davantage les usagers, notamment dans l'élaboration des buts et objectifs (planification stratégique et priorités), l'analyse des incidents et accidents et la détermination des solutions, et ce, à tous les niveaux de l'organisation.

Il existe un programme de sécurité lié aux pompes à perfusion, mais la formation et les activités de mise à jour ont été discontinuées dans plusieurs secteurs durant la lutte contre la pandémie. Les équipes se sont engagées à reprendre ces activités de formation au cours des prochains mois.

Toujours dans un objectif de reprise des activités et en soutien à la prise de décision, la direction est invitée à convenir d'un processus structuré de gestion intégrée des risques à l'intérieur d'un système de gestion qui permet de reconnaître rapidement les difficultés et les risques réels et potentiels à tous les niveaux de l'organisation. Pour assurer son efficacité, ce processus doit être évalué périodiquement afin d'atteindre les objectifs attendus par la haute direction. Il est tout de même constaté que les directions et secteurs visités ont mis en place des initiatives de gestion de leurs risques et des problématiques au quotidien.

En terminant, en ce qui a trait au plan de mesures d'urgence, il a fait l'objet d'une révision et d'une diffusion. Les secteurs visités ont une connaissance variable de leur plan de mesures d'urgence. Une mise à jour des connaissances, sa mise à l'essai et l'assurance de la disponibilité de la version écrite la plus récente dans chacun des secteurs sont nécessaires à brève échéance.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services des urgences	
2.1.5 La charge de travail est évaluée et les membres de l'équipe sont réaffectés lorsque cela est nécessaire pendant les périodes de volume élevé et les périodes d'afflux massif au service des urgences.	
2.1.6 L'accès aux services en temps opportun pour les usagers est coordonné avec d'autres services et équipes à l'intérieur de l'organisme.	!
2.1.7 Les obstacles qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.1.12 Des protocoles sont en place pour déterminer et gérer les périodes de congestion et d'afflux massif au service 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.	!
2.1.18 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.	!
2.1.32 Une communication régulière est assurée avec les usagers qui sont en attente.	
2.1.33 Les usagers qui sont en attente aux urgences sont surveillés afin de déceler toute détérioration de leur état et sont réévalués s'il y a lieu.	
2.1.41 La capacité de l'usager à fournir un consentement éclairé est évaluée.	
2.1.42 Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.43 Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
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.	!

<p>2.1.54 En partenariat avec les usagers, familles ou soignants (selon le cas), le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et il peut être achevé à l'unité où les usagers sont acheminés.</p>	
<p>2.1.54.1 L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.</p>	
<p>2.1.61 Un accès prioritaire aux services de consultation est disponible, et ce, en tout temps.</p>	
<p>2.1.62 Un accès en temps opportun aux spécialistes ayant de l'expertise en santé pédiatrique est offert.</p>	
<p>2.1.89 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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:</p> <p>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;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>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).</p>	
<p>2.1.90 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.</p>	
<p>2.1.94 Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.</p>	
<p>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.</p>	

2.1.98.2	Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.	
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.	
2.1.98.5	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).	
2.1.98.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
2.2.1	La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.	
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.	
2.3.5	À la fin des services ou lors d'un transfert vers un autre service, de l'information écrite est transmise à chaque usager pour préciser avec qui communiquer s'il a des questions relatives aux médicaments et à quel moment il peut joindre cette personne.	
2.3.6	Des critères permettent de déterminer quels médicaments peuvent être auto-administrés par les usagers.	
2.3.7	Des critères établis servent à déterminer si un usager est apte à procéder à l'auto-administration de médicaments.	
2.3.10	Le processus d'auto-administration des médicaments comprend l'obligation de consigner dans le dossier de l'utilisateur le fait que celui-ci a pris le médicament par lui-même ainsi que le moment où il l'a pris.	

2.4.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).



2.4.3 Pour chaque nettoyeur et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services des urgences

Lors de la visite, bien que les services des urgences du CISSS de l'Outaouais vivaient des périodes de fort achalandage, la participation des équipes rencontrées a été remarquable et en toute transparence.

Des réalités très différentes d'un site à l'autre ont été constatées par les visiteurs. L'établissement doit porter une attention particulière à la manière de gérer et d'encadrer les pratiques cliniques. Il y a des gestionnaires qui peuvent se sentir impuissants pour faire face aux périodes de grands achalandages et se voir confrontés à des moments stressants et complexes. C'est pourquoi, un accompagnement ainsi qu'une gestion de proximité plus intense seraient souhaitables, car une grande majorité de gestionnaires et de cliniciens sont jeunes et en début de carrière.

Malgré la situation difficile, les équipes sont très engagées et tiennent les usagers à cœur. La collaboration et l'entraide sont les piliers des équipes. La participation médicale est également au rendez-vous.

Le soutien professionnel pour le personnel infirmier est présent, mais insuffisant. La seule conseillère en soins infirmiers pour les deux urgences urbaines ne suffira jamais à la tâche. Un changement peut-être de modèle pourrait être plus efficace : 4 monitrices chapeautées par la conseillère en soins infirmiers pour couvrir les urgences du territoire.

Beaucoup des mesures d'amélioration, des projets en cours ainsi que des plans d'amélioration se déroulent en même temps, ce qui est positif en soi. Cependant, le risque d'épuisement du personnel est de plus en plus évident dans le contexte actuel.

Il a été observé que les actions mises en place par la gouverne de la fluidité n'arrivent pas à prévenir et à désengorger les services des urgences. Cette difficulté se fait beaucoup plus sentir aux urgences périphériques où la précarité de ressources est majeure. Il est souhaitable de continuer à faire évoluer l'arrimage entre les directions déjà en cours et de s'assurer que le plan de désengorgement est encore faisable dans un contexte de pénurie criante de personnel.

Il faut que l'établissement soit réactif et puisse adapter l'approche et les stratégies pour gérer l'afflux accru des usagers. De plus, il faut toujours revoir avec les équipes la charge de travail en lien avec le type de clientèle prise en charge si l'excellence et la sécurité de soins sont visées.

Le système de gestion de la fluidité afin de prévenir et de diminuer les engorgements a été implanté récemment. Lors de la visite, ce système a vécu des failles même si un plan de désengorgement avait été déclenché. L'impact de la pénurie du personnel rend le plan peu viable, car il est impraticable d'ouvrir des lits supplémentaires, d'ajouter plus des professionnels, d'augmenter la présence des médecins consultants, etc.

Les alternatives à l'hospitalisation mises en place comme les réorientations P4-P5, le guichet d'accès à la 1re ligne (GAP), le projet ÉRIC (équipe rapide d'intervention en communauté) ont permis de dégager des ressources hospitalières et envoyées les usagers au bon endroit.

Il est également à mentionner l'implantation de différentes trajectoires de soins, mais celle en pédiatrie devra être repensée afin de contribuer davantage à la prise en charge de la clientèle pédiatrique sur civière.

Aussi, il a été observé que le délai de consultation de certaines spécialités était extrêmement long, nuisant ainsi non seulement à la fluidité, mais également à la qualité de soins. La condition des usagers se détériore rapidement pendant qu'ils attendent aux urgences.

En ce qui concerne l'amélioration continue de la qualité, il est recommandé d'élaborer et de mettre en place une démarche d'amélioration continue propre aux services d'urgence, ce qui permettra de se doter des objectifs d'amélioration avec la participation des équipes. Cela permettra également d'intégrer des initiatives locales en lien avec la réalité locale de chaque service des urgences.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	
3.1.20 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	
3.1.29 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identifiants uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 3.1.29.1 Au moins deux identifiants uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	
3.1.36 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées. 3.1.36.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	
3.1.37 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre. NOTA : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes. 3.1.37.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé. 3.1.37.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur. 3.1.37.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.	

<p>3.1.61 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>3.1.61.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.</p> <p>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 :</p> <p>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;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>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).</p>	
<p>3.1.62 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
<p>3.1.64 Le risque de réadmission de l'utilisateur est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.</p>	
<p>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.</p> <p>3.1.66.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.</p>	
<p>3.2.4 Les usagers, les familles et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et de l'EPI selon le risque de transmission de micro-organismes.</p>	
<p>3.4.1 Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.</p>	
<p>Commentaires des visiteurs</p>	

Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation

Il est important de mentionner la grande collaboration et l'engagement des équipes en place. La formation et le perfectionnement sont valorisés et beaucoup de temps est mis à accommoder le personnel au niveau de l'horaire. Le personnel témoigne d'ailleurs de leur grande fierté de la collaboration qui règne au sein des équipes de soins.

De façon plus spécifique, les éléments suivants ont été observés :

À l'unité de soins de l'Hôpital du Pontiac, en raison du nombre élevé d'usagers en attente d'un niveau de soins alternatif, il est noté de façon régulière un taux d'occupation de plus de 100 %, ce qui entraîne le recours à des lits surnuméraires. L'unité a trois chambres aménagées pour les soins palliatifs avec un espace réservé à la famille, ce qui est très apprécié par tous. Les soins de fin de vie ainsi que l'aide médicale à mourir sont offerts. La présence de bénévoles auprès des usagers en soins palliatifs qui avait été interdite en raison de la pandémie a pu être reprise tout récemment. Tout le personnel de l'unité a démontré une immense résilience et beaucoup de compassion à l'égard des usagers tout au long de la pandémie. Les installations temporaires érigées, permettant de ségréguer les zones, seront retirées dans un futur proche. La situation au niveau du personnel et du personnel de soutien est préoccupante pour les responsables de l'unité. Les ratios infirmiers sur certains quarts de travail sont très faibles. De plus, les infirmières doivent agir en soutien, à l'occasion, pour le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) attenant à l'unité de soins. Le temps supplémentaire est courant.

À l'unité de soins de l'Hôpital de Gatineau, en raison d'un manque d'infirmières sur la seule unité de chirurgie de l'hôpital, il a été décidé d'intégrer, en 2021, les usagers en chirurgie à l'unité de médecine du 6e étage. L'intégration n'a pas été facile pour le personnel et beaucoup de formation et du soutien ont été offerts pour assurer une prestation sécuritaire des soins. Le personnel infirmier rapporte une lourde charge de travail qui entraîne le départ d'infirmières ajoutant à la pénurie de personnel déjà existante.

L'équipe bénéficierait du support d'experts en organisation du travail afin d'amener une stabilité. Les lits de débordement sont utilisés régulièrement, mais certains membres du personnel mentionnent un malaise à installer un usager derrière un rideau dans le corridor et une plainte a déjà été reçue à cet effet. Il est souhaitable que chaque usager installé dans un corridor soit informé au préalable. Le temps supplémentaire est fréquent. L'équipe est encouragée à s'assurer de la réalisation des évaluations des risques de façon rigoureuse.

En ce qui concerne l'Hôpital de Hull, l'unité en médecine générale a d'abord été visitée. Il a été observé que l'environnement physique est propre et désencombré malgré les espaces restreints. Le leadership de la chef est reconnu par son équipe. Le soutien professionnel est présent et l'équipe s'inscrit dans l'approche collaborative. Cette unité compte notamment deux lits de soins palliatifs. L'expertise des infirmières pour offrir les soins palliatifs est une force reconnue. La clientèle présente à l'unité s'alourdit et présente un profil gériatrique. L'équipe devra donc se doter d'une expertise pour mettre en place les bonnes pratiques cliniques et éviter le déconditionnement de cette clientèle. L'approche adaptée aux personnes âgées (AAPA) devra notamment en faire partie. Dans ce contexte, l'équipe de gestion sera probablement amenée à revoir le ratio personnel infirmier/usager.

L'unité AVC/chirurgie a également été visitée à l'Hôpital de Hull. Cette équipe a récemment commencé à accueillir la clientèle de chirurgie; elle a fait preuve de beaucoup de résilience dans ce contexte. De nombreuses formations ont été offertes afin de soutenir l'équipe dans ce changement. Il y a beaucoup d'actions qui se déroulent sur l'unité et dans un tout petit environnement. Cependant, le personnel travaille en collaboration et le climat de travail est bon. L'approche du personnel est respectueuse envers les usagers. L'environnement étant très exigü, le poste infirmier ne permet pas une très bonne visibilité sur l'unité. L'unité est désencombrée. Cela est possible grâce à un projet d'amélioration initié à cette unité pour réduire la transmission des infections nosocomiales. En effet, un système de rangement des équipements de protection individuelle (ÉPI) qui s'accroche au mur a été déployé pour les chambres avec un usager en isolement. Le gestionnaire est dévoué à son équipe et est passionné par tous les projets d'amélioration de la qualité. Il est encouragé à identifier avec son équipe les moyens pour s'assurer que les évaluations cliniques requises sont conformes et effectuées au bon moment (ex. : plaies, chutes, consentement). La mise en place d'une station visuelle pourrait supporter l'animation des projets d'amélioration et permettrait l'implication de l'équipe.

L'unité de soins de l'Hôpital et CHSLD de Wakefield dispose de 16 lits de courte durée; elle est située au 2e étage et est adjacente à l'unité de vie (CHSLD). C'est un milieu où les soins et services sont personnalisés et les usagers et proches rencontrés témoignent de leur grande satisfaction. Ils apprécient cette bienveillance du personnel et cette chaleur ressentie au sein de l'unité. Certains éléments devront être améliorés à l'égard du consentement obtenu et consigné, la consignation des informations lors des transitions (transferts) des usagers et l'élimination des fournitures de l'utilité souillée; aussi, l'équipe devra s'assurer de mettre en place une stratégie d'évaluation des pratiques convenues, dont le programme de prévention des chutes. Cette unité devrait pouvoir compter sur une offre de service systémique et convenue avec l'équipe de prévention et de contrôle des infections. En terminant, la tournée des visiteurs a permis de constater que des documents confidentiels à détruire sont déposés dans un bac réservé à cet effet, mais que celui-ci n'était pas barré.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de soins critiques	
4.1.24 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
4.1.38 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. 4.1.38.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné. 4.1.38.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.	
4.1.49 Des tournées quotidiennes sont effectuées par l'équipe en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services de soins critiques

Les unités de soins critiques de Hull et de l'Hôpital et CHSLD du Pontiac ont été visitées.

Soins critiques de Hull : (unité des soins intensifs et unité coronarienne)

L'unité des soins intensifs de Hull est une unité fermée où la clientèle est prise en charge par les cinq intensivistes en place 24 heures/24. Cette unité de niveau 3A assure la prise en charge et le suivi des clientèles adultes de diverses spécialités notamment à vocation régionale pour la cardiologie, l'hémodynamique et la traumatologie. Cette unité est composée de 14 lits de soins intensifs, dont 12 sont actuellement utilisés pour la clientèle. Elle est jumelée avec l'unité coronarienne qui compte 6 lits (4 de disponibles), 14 télémétries dont 10 utilisées et une salle d'hémodynamique. Les fermetures de lits sont occasionnées par la pénurie des effectifs, et ce, malgré la polyvalence des équipes en place. Le taux d'occupation est de 96 % en moyenne.

La cogestion médicoadministrative est très présente. Un projet de développement de 7 lits de soins intensifs a été accepté et les équipes amorceront les travaux sous peu, permettant d'améliorer l'accessibilité. Il sera un prototype pour les prochains soins intensifs qui regrouperont 64 lits.

Lors de la visite des lieux, les visiteurs ont rencontré une équipe passionnée, engagée, mobilisée, dynamique et surtout très compétente. Les membres du personnel rencontrés ont indiqué que l'utilisateur est au cœur des soins. L'intensiviste sur place a mentionné que l'équipe est compétente et que tous travaillent en collaboration et dans un climat agréable.

L'équipe bénéficie d'un encadrement clinique remarquable effectué par l'infirmière clinicienne des soins intensifs et les assistantes au supérieur immédiat. Différentes formations spécifiques à la clientèle, notamment en traumatologie, en cardiologie et en don d'organes, ont été offertes au personnel. Des mises à jour, des outils variés, dont le cartable numérique d'amélioration pour les soins critiques et le programme d'intégration rapide des nouvelles infirmières ont permis le développement des compétences. La présence du laboratoire de soins critiques dans l'aire de formation permet la mise en pratique des notions théoriques. Actuellement, l'infirmière clinicienne assure le soutien clinique sur tous les sites du CISSS de l'Outaouais. Le projet de développement des lits nécessitera une harmonisation des pratiques et l'intégration de nouvelles ressources. Une infirmière en formation a mentionné que le programme d'intégration lui permet graduellement de faire un apprentissage théorique et pratique optimal. Des simulations sont organisées pour assurer une intégration de la pratique.

La culture d'amélioration continue de la qualité est omniprésente. La station visuelle comprend les différents indicateurs de qualité suivis avec des tableaux et outils papier sans support informatique.

L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts d'informatisation. Le taux de lavage des mains est de 96 % et aucune éclosion n'a eu lieu depuis 2020. De plus, l'équipe a soutenu et assuré la formation de différentes équipes durant la pandémie et a partagé son expertise avec les équipes médicales et les diverses unités de soins. L'équipe mérite d'être félicitée pour cette belle réussite.

Le personnel a mentionné que la force de l'équipe réside dans le « nous et pas le je ».

Les lieux physiques des soins critiques auraient besoin d'un réaménagement. Les locaux sont étroits et un encombrement des lieux est observé en raison des chariots d'isolement et autres qui sont entreposés dans les corridors. Des bonbonnes d'oxygène portatives entreposées dans le corridor ont été observées. Il est suggéré à l'équipe de les ranger dans un lieu sécuritaire. La salle des familles est ouverte, adjacente à la salle d'attente, et ne permet pas d'assurer la confidentialité et l'intimité des familles.

Les nombreuses tâches des infirmières de l'unité coronarienne qui assurent à la fois la surveillance des

Les nombreuses tâches des infirmières de l'unité coronarienne qui assurent à la fois la surveillance des télémétries, les appels sur les unités et les soins aux usagers de l'unité occasionnent une surcharge de travail pour celles-ci. Il est suggéré à l'établissement de revoir l'organisation du travail. Les infirmières sont très polyvalentes et travaillent également dans la salle d'hémodynamique.

L'équipe des visiteurs a rencontré un usager et sa famille. Celui-ci a mentionné avec émotion l'empathie, l'écoute et l'humour du personnel qui est, selon lui, très attentionné et compétent. La famille est très satisfaite des soins et services reçus et mentionne le côté humain de toute l'équipe.

Les soins critiques de l'Hôpital et CHSLD du Pontiac

L'unité de soins critiques de l'Hôpital du Pontiac compte trois civières et est située en continuité du Service des urgences. Cela permet un partage du personnel infirmier qui est formé autant pour le service des urgences que pour les soins intensifs. C'est une unité ouverte et il n'y a pas d'intensiviste. La tournée des médecins n'est pas à heure fixe, car les médecins traitants optent pour commencer la tournée à l'étage afin de donner congé aux usagers de l'unité de soins et ainsi libérer les lits pour ceux admis au Service des urgences. Compte tenu du taux d'occupation de l'unique unité de soins, à plus de 100% très fréquemment, il arrive que l'usager reçoive son congé de l'hôpital à partir des soins intensifs.

Le personnel infirmier déplore le fait que malgré des ordonnances préimprimées et des ordonnances collectives pour certaines conditions médicales, les médecins ne s'y réfèrent pas nécessairement. Cette pratique ne permet pas une pratique harmonisée aux soins pour des conditions définies. L'exiguïté des lieux, en partie due à l'aménagement d'origine, qui est d'autant plus réduit en raison des aménagements apportés pour la pandémie, fait qu'on y retrouve un endroit encombré et peu d'espace de rangement. La présence de nombreuses boîtes de carton empilées et du matériel divers à l'extérieur des chambres mérite une attention en raison du risque d'infection.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services de néonatalogie	
<p>5.1.33 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>5.1.33.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>5.1.33.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</p>	
<p>5.1.65 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>5.1.65.5 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:</p> <p>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;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>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).</p>	
<p>5.1.69 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.</p> <p>REMARQUE : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.</p>	

- 5.1.69.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 5 - Services de néonatalogie

L'unité de néonatalogie du CISSS de L'Outaouais est une unité à aire ouverte de 12 lits de niveau 2B pour une clientèle de 32 semaines et plus. Une salle fermée est disponible dans cette unité. Elle fut utilisée tout particulièrement durant la pandémie, lorsque des mères souffraient des symptômes de la COVID-19 ou de symptômes cliniques apparentés.

Un corridor de transfert est bien défini avec ses partenaires du réseau de santé du Québec et de l'Ontario lorsque le nouveau-né requiert des soins de niveau 3. Ce corridor de transfert est aussi connu du service d'obstétrique en cas de complication à la naissance du nouveau-né. Toutefois, l'établissement est invité à travailler avec ses partenaires du réseau pour établir un corridor de transfert pour les mères lors de complications importantes de leur état de santé à l'accouchement ou en post-partum.

Bien que la gestion d'une aire ouverte comporte des risques élevés de transmissions d'infections nosocomiales, la vigilance de l'équipe doit être saluée. Les derniers audits réalisés obtiennent un taux de conformité de près de 100%.

Par ailleurs, l'équipe s'est investie lors des dernières années dans une démarche de partenariat de soins avec la famille. Malgré l'exiguïté des locaux, les parents peuvent être présents 24 h par jour au chevet de leur enfant.

L'approche Kangourou est bien implantée, favorisant dès la naissance le lien d'attachement entre le nouveau-né et les parents.

Le programme de formation en soins du développement offert à l'ensemble de l'équipe est en cours d'implantation. Cette démarche de soins et services centrée sur le nouveau-né favorise une approche intégrée du soin du nouveau-né dès l'admission à l'unité et dont les éléments sont des outils d'apprentissage pour les parents lors du congé. L'équipe est félicitée pour cette démarche de qualité. Sous peu, l'équipe vise une autonomie dans le programme en ayant ses maîtres instructeurs.

L'apport d'heures en physiothérapie est recommandé pour assurer une évaluation du nouveau-né et établir des priorités d'action. Présentement, il y a une liste d'attente.

L'équipe de néonatalogie est formée au programme de réanimation pédiatrique avec une mise à jour périodique.

L'apport d'heures en nutrition clinique est recommandé par le visiteur. Une nutritionniste pourrait travailler étroitement avec la conseillère en lactation (IBCLC/Bureau international des consultantes certifiées en lactation) et le néonatalogiste à l'évaluation des besoins de l'enfant. L'établissement est en démarche d'implantation de la certification Hôpital Ami des Bébé.

Bien que le programme de certification des équipements médicaux soit implanté dans l'établissement, le service de génie biomédical (GBM) doit s'assurer de compléter son cycle et s'assurer que tous les équipements exigeant un entretien soient faits avec une étiquette de preuve. Le visiteur a observé que certains équipements ne comportaient aucune information sur un entretien récent.

Dans le cadre du plan des mesures d'urgence, un feu est survenu à l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) il y a quelques années, obligeant les équipes à déclencher son plan d'évacuation. Le visiteur recommande à l'établissement d'assurer une mise à jour des équipes, de simuler un exercice et de rendre disponible une version à jour du programme.

Un usager partenaire est intégré à l'équipe et participe activement à l'évaluation de la satisfaction de la clientèle et au comité IAB (Initiative Amis des bébés).

L'installation récente de la murale des succès à l'entrée de l'unité doit être soulignée comme une approche humaniste centrée sur le nouveau-né, les parents et même l'équipe. La prise de photo devant la murale permet aux parents de garder un souvenir de l'expérience de soin du nouveau-né durant ses premiers jours de vie.

L'implantation d'une clinique ambulatoire de suivi 0-7 jour après le congé, la présence d'une infirmière praticienne spécialisée, le programme de mise à jour des compétences des médecins et infirmières, la mise en place du Kangourouton depuis 3 ans, et tout particulièrement le maintien de l'offre de service en néonatalogie sans bris de service en pleine pandémie démontre une volonté ferme de toute l'équipe à soutenir la démarche de soins centrée sur l'enfant et sa famille.

Le défi à court terme de l'équipe est de revoir le système d'entreposage des fournitures médicales et d'éliminer les emballages de cartons. Il faut aussi assurer le suivi du programme d'entretien préventif des équipements médicaux et du système de ventilation.

Le visiteur recommande de :

- Poursuivre la démarche d'implantation du programme d'appréciation de la contribution des employés adaptée à la réalité du service, et de soutenir la mise en place d'activités de reconnaissance.
- Poursuivre le développement de la culture de la mesure de qualité et performance sous forme d'un tableau de bord équilibré (Kaplan et Norton) incluant des cibles et des indicateurs de résultats.
- À moyen terme, collaborer avec l'équipe d'obstétrique et celle du CLSC à la mise en place d'une clinique ambulatoire de suivi 0-10 jour des mères, soutenir l'implantation du programme national de dépistage de la surdité chez le nouveau-né et assurer la mise à jour des politiques et procédures du service.
- À long terme, collaborer au projet de modernisation de la néonatalogie en collaboration avec la famille. À long terme, informatiser le dossier de l'usager.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Services de pédiatrie	
6.1.30 Une évaluation des besoins de l'utilisateur en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie est effectuée, s'il y a lieu, en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
6.1.42 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	
6.1.44 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
<p>6.1.58 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>6.1.58.5 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> -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). 	
6.1.59 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 6 - Services de pédiatrie	

Il y a quelques années, le service de pédiatrie de niveau 2B a été rénové. Il comporte 15 lits, en chambres privées ou semi-privées, et 4 salles fermées monitorées pour accueillir les soins intermédiaires. Il convient de souligner que le dossier de l'utilisateur est informatisé à la clinique externe (COPAIN).

Il est fortement recommandé à l'équipe de gestion de donner une formation aux infirmières sur le monitoring cardiaque. L'introduction d'équipement de monitoring cardiaque avec console de surveillance se doit d'inclure une formation pour les infirmières. Actuellement, aucune infirmière n'est en mesure de lire un électrocardiogramme (ECG).

Dans l'unité, il y a deux salles à pression négative et une salle d'apaisement. Lors de l'admission en salle d'apaisement, une ressource est présente en tout temps pour assurer la surveillance et la sécurité de l'enfant et une feuille de contrôle est complétée pour documenter les interventions et son état clinique. La clinique ambulatoire (COPAIN) de pédiatrie est contiguë à l'unité facilitant la fluidité de l'équipe médicale.

L'équipe doit être félicitée pour son engagement à maintenir l'offre de service en pédiatrie durant la pandémie. Le dynamisme de l'équipe et l'intention de rehausser son niveau de soins afin d'accueillir des cas plus complexes démontrent la volonté des professionnels à développer leur expertise pour mieux servir leur population. La création d'un poste de conseillère en soins et d'une monitrice clinique est une demande de l'équipe afin de soutenir la formation et développer les compétences de l'équipe.

Lors du récent réaménagement de l'unité, le système d'entreposage et de gestion des inventaires a permis d'éliminer les boîtes de carton, de réorganiser le remplissage et de transférer la gestion de l'inventaire au service des approvisionnements.

Le visiteur recommande d'améliorer l'entreposage des bonbonnes d'O2 sur un support fixe ou mobile. Le visiteur recommande l'installation de thermomètre avec alarme sur les réfrigérateurs contenant des médicaments et produits du contrôle clinique. Actuellement, aucun réfrigérateur observé dans le service ne dispose d'un contrôle de température.

Le visiteur recommande à l'équipe d'assurer un contrôle des dates de péremption des médicaments et produits de laboratoire (tests d'allergie) conservés à l'unité. Le visiteur ayant observé que plus d'un produit était périmé et tout particulièrement certaines bouteilles concernant les tests d'allergies. S'il y a une décision d'utiliser un produit périmé, il y a obligation d'en aviser la clientèle et de produire un rapport d'incident-accident.

Il est recommandé au Service GBM d'assurer un suivi plus rigoureux de l'entretien préventif des équipements médicaux. Bien que le programme d'entretien préventif est implanté dans l'établissement, le visiteur a noté que certains équipements ne comportaient pas de date récente (moins de 2 ans) d'entretien préventif.

Il convient d'applaudir l'excellent travail de l'infirmière de la clinique du diabète qui travaille avec rigueur dans le suivi en présentiel et à distance de l'enfant et de l'adolescent. Les enjeux de résilience et de respect du contrat thérapeutique à l'annonce du diagnostic sont des enjeux qui ont été discutés avec l'infirmière responsable.

Bien qu'aucune station visuelle ne soit implantée dans le service, le gestionnaire assure une communication périodique avec son équipe en diffusant l'information 2-3 fois par an dans le Petit Journal. Il est recommandé de consolider le développement de la culture de la mesure de qualité et performance incluant les cibles, les indicateurs et les résultats.

Le visiteur a pris connaissance des éléments constituant le programme d'intégration des nouveaux employés.

Il est recommandé à l'équipe de gestion d'intégrer un formulaire d'évaluation rempli par le formateur de l'unité, afin qu'il puisse noter en collaboration le niveau d'apprentissage du nouvel employé et les modalités de consolidation de certaines pratiques.

L'établissement est invité à poursuivre le travail de collaboration entre les équipes d'urgence et de pédiatre afin d'assurer une bonne fluidité de la clientèle.

Le visiteur recommande à l'équipe de gestion d'actualiser le programme d'appréciation de la contribution des employés adapté à la réalité du service. Le soutien des directions responsables serait un atout à la réussite de la démarche.

L'approche de soins centrée sur l'utilisateur et sa famille est bien implantée dans la culture de l'unité. Les usagers et familles rencontrés lors de la visite ont exprimé leur reconnaissance pour la qualité des services rendus et l'attitude professionnelle des intervenants et médecins. La démarche de préparation au congé est bien implantée.

En résumé, le visiteur reconnaît l'engagement et l'excellence des services offerts en pédiatrie et à la clinique « COPAIN ». Le contrôle des infections en période de pandémie en est un exemple.

Au chapitre des défis, il faut poursuivre la réflexion sur le projet de médecine d'un jour en pédiatrie en soutien aux mesures de désengorgement du service des urgences et consolider le plan de main-d'œuvre.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Services d'oncologie	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 7 - Services d'oncologie

Les services visités en oncologie, soit la radio-oncologie et les services ambulatoires travaillent en étroite collaboration afin d'offrir des services de haute qualité et dans les meilleurs délais aux usagers nécessitant des soins oncologiques. On souligne l'attention portée à la coordination des services à toutes les étapes de la trajectoire en services d'oncologie.

Une équipe d'infirmières pivots, assignées à un ou plusieurs sites tumoraux, fournit un soutien tout au long de l'épisode de soins. On note la présence d'une infirmière à la gestion des symptômes qui est aussi responsable de la prise en charge des résultats de laboratoires critiques.

La présence de pharmaciens à la clinique de soins est appréciée et assure la collaboration étroite entre l'équipe médicale, l'équipe soignante et les pharmaciens pour les bénéfices des patients.

Un système d'hôtellerie est disponible pour les usagers venant de régions éloignées sur le territoire desservi par le CISSS de l'Outaouais. Toutefois, la priorité est accordée aux usagers provenant de la région de l'Abitibi pour l'instant. Cependant, les usagers de la région de l'Abitibi n'auront bientôt plus à se rendre au centre principal de Gatineau, compte tenu de l'ouverture d'un centre de traitement dans la région.

Dans la zone de traitement, des capsules hebdomadaires sont organisées avec tout le personnel pour le partage d'information sur divers sujets. Ces capsules sont documentées et disponibles dans un fichier appelé Épinglette pour ceux qui reviennent d'un congé afin de rester au courant des changements ou des mises à jour sur les processus.

À la suite d'un exercice Lean, le service a introduit le poste de technologue opérationnel qui s'assure que l'utilisateur peut recevoir le traitement en toute sécurité. Ceci a permis d'optimiser le temps d'utilisation de salles de traitement en radio-oncologie.

La situation au niveau de la disponibilité de technologues qualifiés au département de la radio-oncologie est critique. Un nombre important de technologues ont choisi de prendre des postes dans les hôpitaux de la région d'Ottawa offrant des salaires très attrayants. La situation a été portée à l'attention des responsables à tous les niveaux, voire les autorités gouvernementales concernées. Des travaux intenses sont en cours avec les syndicats et les ressources humaines afin de mettre en place des horaires de travail favorables pour les professionnels et assurer ainsi une présence soutenue de personnel dans le service. Un plan de contingence a été mis en place afin d'assurer le maintien des horaires établis de traitement.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	
8.1.20 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	
8.1.24 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	
<p>8.1.34 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>8.1.34.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>8.1.34.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</p> <p>8.1.34.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p>	
<p>8.1.35 Pour prévenir les chutes et réduire les risques de blessures causées par les chutes, des précautions universelles sont mises en oeuvre, de la formation et de l'information sont offertes et les activités entreprises sont évaluées.</p> <p>8.1.35.3 L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.</p>	



- 8.1.36 Le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression est évalué et des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression sont mises en oeuvre.

REMARQUE : Cette POR ne s'applique pas en consultation externe, y compris la chirurgie d'un jour, en raison de l'absence d'outil d'évaluation des risques validé pour les consultations externes.

- 8.1.36.1 Une première évaluation du risque de développer des plaies de pression est effectuée à l'admission de l'utilisateur au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé.
- 8.1.36.2 Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur.
- 8.1.36.5 L'efficacité de la prévention des plaies de pression est évaluée et les résultats qui en découlent sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin.



- 8.1.59 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.

- 8.1.59.4 L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.
- 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).

- 8.1.60 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.



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.

8.1.64.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.

8.1.64.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

Commentaires des visiteurs

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

À l'Hôpital de Gatineau, les usagers nécessitant des soins palliatifs et de fin de vie et ceux qui ont fait la demande pour l'aide médicale à mourir sont admis sur l'unité de médecine. La coordination des admissions en provenance de la maison ou d'ailleurs ou les transferts vers les maisons de soins palliatifs ou à la maison se fait par le travail rigoureux de l'infirmière de liaison.

L'équipe peut compter sur la participation active d'une usagère partenaire qui siège aussi au Comité local des soins palliatifs et des soins de fin de vie. Des représentants de l'équipe interdisciplinaire de l'établissement et les représentants communautaires siègent aussi à ce comité dont l'objectif principal est de partager les informations et offrir un lieu d'échange et de résolutions de problèmes.

Le personnel infirmier, plus fréquemment affecté, par choix, aux usagers en soins palliatifs ou à ceux admis pour l'aide médicale à mourir, rapporte qu'il reçoit un soutien adéquat et a accès à des ressources appropriées compte tenu des situations particulièrement chargées émotionnellement pour les usagers et familles auxquelles il est confronté. Les usagers et les familles rapportent le soutien d'une équipe soignante compatissante et bienveillante.

La réponse rapide aux demandes d'admission et la coordination du processus d'admission demandent une grande collaboration de la part des nombreux intervenants.

Des liens étroits avec les maisons de soins palliatifs en place permettent une grande collaboration et une bonne communication à tous les niveaux.

L'ajout d'une conseillère en soins à l'équipe interdisciplinaire est recommandé étant donné qu'offrir des soins palliatifs exige des connaissances et des expertises spécialisées.

Les équipes demeurent très attentives et font le maximum pour assurer le confort et le respect de l'intimité de l'utilisateur et de sa famille dans ces moments difficiles.

L'équipe en place assure que le choix de l'utilisateur au regard de l'aide médicale à mourir est fait dans les conditions optimales et dans le respect du choix de l'utilisateur et de sa famille.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	
9.1.13 Les articles contaminés sont transportés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées.	
9.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation. <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	

Sur tous les sites, un personnel accueillant, motivé, compétent, intéressé, centré sur les besoins de l'utilisateur a été rencontré. La cogestion médicale est omniprésente et les équipes se disent fières de ce qu'elles font et du service offert aux usagers.

Ces secteurs bénéficient de conseillères en soins infirmiers, de blocs opératoires et d'activités chirurgicales qui assurent le soutien clinique sur tous les sites du CISSS de l'Outaouais. Leur expertise permet aux nouvelles ressources de s'intégrer dans les différentes sections du service périopératoire. L'harmonisation des divers outils cliniques et documents est en cours. Plusieurs procédures sont en élaboration ou en révision. Il est suggéré à l'établissement de poursuivre cette démarche qui permettra une uniformisation des pratiques sur les cinq sites.

Le bloc opératoire de Hull compte actuellement quatre salles opérationnelles. Il est utilisé à 44 % de sa capacité en raison de la pénurie de ressources. En ce moment, treize postes d'infirmières sur 30 ne sont pas pourvus. Cette situation occasionne des gardes fréquentes chez le personnel. Deux à quatre lignes de chirurgie sont utilisées pour différentes spécialités chirurgicales.

La trajectoire des services périchirurgicaux est très efficace et chacune des étapes du cheminement de la clientèle est effectuée efficacement. Une gestion rigoureuse de la liste d'attente est effectuée afin de combler le retard causé par la pandémie. Un suivi des écarts et une priorisation des cas sont faits en collaboration avec les chirurgiens et la priorité est modifiée au besoin selon l'état de l'utilisateur.

Différentes initiatives ont été prises afin de permettre un accès aux usagers en attente de chirurgie, notamment pour la clientèle nécessitant une prothèse de hanche et de genou. Les usagers participants sont retournés à domicile le jour même de la chirurgie et un suivi est effectué le lendemain.

Les locaux sont exigus et encombrés. Lors de la visite, il a été constaté un croisement entre la trajectoire du matériel souillé vers le dépôt et l'aire de circulation de l'utilisateur se rendant à la salle d'opération. Il est suggéré à l'établissement de revoir la circulation du corridor. Il a également été observé que la date de dernière vérification d'une pompe ACP (analgésie contrôlée par le patient) était expirée depuis plus de 6 mois.

Le bloc opératoire de Gatineau compte actuellement quatre salles opérationnelles et deux salles destinées à la clientèle COVID-19. Actuellement, 28 postes d'infirmières et auxiliaires sont vacants et 6 lignes et demie de chirurgie sont utilisées pour les clientèles des différentes spécialités chirurgicales, dont la pédiatrie et l'obstétrique.

Toutes les infrastructures requises pour la prise en charge de la clientèle pédiatrique sont en place et des voiturettes permettent aux enfants de se rendre en salle d'opération. Un projet de recherche en ORL avec l'Université Mc Gill, en collaboration avec les anesthésistes, a permis d'effectuer des chirurgies pédiatriques, dont l'amygdalectomie par coblation. Différents outils d'évaluation cliniques destinés à la clientèle pédiatrique ont été élaborés par les équipes.

Le service d'endoscopie couvre deux volets : l'urologie et la gastroscopie. Des salles d'examen, dont une à pression négative, permettent d'effectuer les différents examens requis par la clientèle. Une armoire ventilée permet l'entreposage. La traçabilité des appareils est possible. Des efforts importants ont permis de diminuer les délais de prise en charge des usagers et une entente avec la clinique Médigo a permis une meilleure accessibilité aux examens. Une trajectoire est en élaboration pour la clientèle nécessitant une bronchoscopie en collaboration avec l'Hôpital de Hull.

Le bloc opératoire de l'Hôpital de Papineau compte deux salles d'opération, une salle de réveil, une salle d'endoscopie et la chirurgie d'un jour. La clientèle desservie est élective et ambulatoire. Le transfert de certaines chirurgies de Hull et Gatineau principalement en orthopédie, en chirurgie générale, plastie et gynécologie ont permis de diminuer les délais de chirurgie. Le personnel de la planification chirurgicale doit utiliser plusieurs listes d'attente (par spécialité, par chirurgien, par établissement pour Hull et Gatineau) occasionnant de nombreuses démarches. Il est proposé à l'établissement d'utiliser une seule liste régionale permettant une meilleure planification des chirurgies.

Le transfert de certaines chirurgies a occasionné de nombreux emprunts de matériel non disponible sur ce site. Une planification rigoureuse et de nombreuses démarches sont effectuées par l'assistante du supérieur immédiat (ASI) afin de se procurer le matériel requis pour les différentes interventions. Il est proposé à l'établissement de revoir les inventaires de matériel.

Le personnel rencontré dans les différents secteurs (salle d'opération, de réveil, chirurgie d'un jour, endoscopie) est très compétent et d'un grand professionnalisme. De nombreux outils de référence sont présents, facilitant l'intégration des nouvelles ressources. Il faut souligner la polyvalence et la disponibilité des préposés aux bénéficiaires au retraitement des dispositifs médicaux (PRDM). Il convient également de souligner les efforts de récupération des différents emballages effectués par le personnel dans un souci pour l'environnement.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	
10.1.18 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.	!
<p>10.1.29 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.</p> <p>10.1.29.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.</p> <p>10.1.29.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>10.1.29.3 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.</p> <p>10.1.29.4 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p> <p>10.1.29.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.</p>	
10.1.34 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!

<p>10.1.42 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>10.1.42.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>10.1.42.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.</p> <p>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:</p> <p>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;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>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).</p>	
<p>10.1.43 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
<p>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.</p> <p>10.1.45.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.</p> <p>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.</p>	

<p>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).</p> <p>10.1.45.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en oeuvre pour améliorer le cheminement des usagers.</p> <p>10.1.45.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).</p> <p>10.1.45.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.</p>	
<p>10.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>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:</p> <p>faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes 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).</p> <p>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.</p>	

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.	
10.3.14	L'équipe a accès à des lignes directrices qui précisent le type et la fréquence de la surveillance nécessaire pour certains médicaments en particulier.	!
10.4.1	Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	!
10.4.2	Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	!
10.4.3	Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires

Les soins ambulatoires des secteurs des cliniques externes, de la dialyse et de la médecine de jour ont été visités dans les différents centres hospitaliers du CISSS de l'Outaouais. L'accès aux services est bien coordonné et les usagers peuvent recevoir une gamme de services de proximité bien diversifiée. Il se dégage un engagement fort des équipes à offrir des services de qualité et sécuritaires. Le processus de double identification de l'utilisateur avant de donner les soins est bien implanté dans les secteurs ambulatoires. Le bilan comparatif des médicaments est implanté dans certains secteurs seulement. Cette pratique reste donc à consolider. La contribution des services ambulatoires pour améliorer la fluidité pourrait être développée davantage. Bien que plusieurs petites actions soient mises de l'avant, certains secteurs ne sont pas sollicités suffisamment. La portée de leurs actions aurait avantage à être définie et mesurée afin d'atteindre les objectifs d'agir en amont de l'hospitalisation.

De façon plus spécifique, les éléments suivants ont été observés :

Pour les cliniques externes du Centre hospitalier de Gatineau, un climat de travail sain est présent et fait en sorte que les employés témoignent aimer travailler dans le service. Ils bénéficient du soutien professionnel pour les nouvelles infirmières grâce à la présence d'une infirmière pivot. Afin d'améliorer l'offre de service, l'équipe est invitée à harmoniser la disponibilité des médecins spécialistes. Des risques importants liés à la contamination ont été observés pour l'entreposage des laryngoscopes ainsi que pour la décontamination de certains instruments. L'établissement est invité à apporter rapidement les correctifs nécessaires. Dans une optique d'amélioration continue, les équipes sont encouragées à se doter d'une démarche d'amélioration continue propre au service. Définir des objectifs d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'action leur permettra de concrétiser les résultats attendus.

En ce qui concerne le service de médecine de jour de l'Hôpital de Hull, la majorité des services offerts concernent la plasmaphérèse, l'hémodynamique ainsi que l'administration d'immunoglobuline.

L'implantation de la trajectoire de biopsie rénale en soins ambulatoires est également à souligner. La polyvalence des membres de l'équipe à offrir de tels services spécialisés est au bénéfice de la clientèle. La majorité de la clientèle provient du secteur de Gatineau. L'équipe est par ailleurs invitée à travailler étroitement avec l'équipe des trajectoires et de gestion des lits afin d'identifier des clientèles hospitalisées et celles du Service des urgences pouvant utiliser les services de médecine de jour. Dans une approche d'amélioration continue, la consignation par écrit des différents processus aidera à l'intégration du nouveau personnel et à la sécurité des soins et services. Bien que l'équipe soit stable et qu'il n'y ait pas actuellement de postes vacants, l'implantation du programme d'appréciation de la contribution des employés ainsi que l'accès au soutien à la pratique clinique permettront de consolider la rétention.

Le service d'hémodialyse ainsi que les cliniques externes de néphrologie de l'Hôpital de Hull ont également été visités. Le centre de dialyse de Hull a un mandat régional et il supporte trois centres satellites situés à Maniwaki, Papineau et Shawville où la clientèle plus stable a la possibilité d'y être dialysée. Il est à souligner que les usagers qui peuvent en bénéficier signent une entente de transfert et s'engagent dans une approche de collaboration. Les équipes sont mobilisées et surtout passionnées par leur clientèle. Ils bénéficient du soutien d'une équipe de gestion (Chef de service, ASI, chef d'équipe) et ils sont soutenus par une conseillère en soins pour la pratique clinique et la formation. Par ailleurs, un projet de développer une salle de simulation est en planification. La contribution des usagers est sollicitée de différentes façons et certains sont impliqués dans des projets d'amélioration comme celui pour l'obtention du poids adéquat. De nombreux projets sont en cours comme celui sur la trajectoire de la création des fistules ainsi que celui sur la définition des rôles et responsabilités des membres de l'équipe afin d'améliorer le fonctionnement des cliniques. Une des pistes d'amélioration qui est portée à leur attention est l'évaluation du processus et de l'efficacité des communications lors des transferts.

Finalement, à l'Hôpital de Maniwaki, les cliniques externes ainsi que la clinique d'oncologie ont été visitées. Il s'agit d'une petite équipe formée de 2 infirmières. Elles ont une grande expertise et travaillent en équipe afin d'offrir des services sécuritaires et de qualité à leurs usagers. Avec la chef de service, l'équipe adapte son offre de service afin d'offrir des services de proximité et de soutenir les autres départements. À cet effet, différentes actions pour optimiser le fonctionnement et augmenter la capacité ont déjà été amorcées. L'équipe est encouragée à poursuivre la mise en place d'actions qui peuvent éviter les visites au Service des urgences et servir à mesurer l'impact réel de ces actions sur les indicateurs de fluidité hospitalière. Lors de la visite, il a été observé que de l'entreposage est fait dans l'utilité souillée et que les indications de dilutions des produits désinfectants pour les instruments souillés n'étaient pas affichées. Les correctifs sont par ailleurs déjà en cours d'implantation.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	
11.1.21 Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les usagers qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres usagers.	!
11.1.40 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
11.1.42 L'équipe conserve les versions précédentes du manuel de politiques et de procédures conformément à la politique de l'organisme sur la conservation des dossiers.	
11.1.47 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
11.1.78 L'équipe interprète, en temps opportun, les résultats de l'imagerie diagnostique non urgents, urgents et très urgents.	!
11.1.94 L'équipe respecte les exigences minimales de conservation des dossiers médicaux imposées par les directives régionales.	!
11.1.98 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
11.1.100 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!
11.1.102 L'équipe tient un horaire des interventions de contrôle de la qualité.	
11.1.103 L'équipe note les résultats des interventions de contrôle de la qualité, les problèmes détectés et les mesures correctives prises.	
11.1.104 Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle 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.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire

Les équipes des services de radiodiagnostic et de médecine nucléaire sont dynamiques. Ces services disposent d'équipements modernes et plusieurs appareils sont en voie de remplacement. Un appareil d'imagerie par résonance magnétique est offert depuis deux ans dans une unité mobile le temps de faire des rénovations. Considérant les retards de rénovation, il est estimé que la situation persistera pour les 18 prochains mois.

Des technologues en radiodiagnostic ont quitté l'établissement durant les dernières années pour bénéficier de meilleures conditions de travail en Ontario, ce qui a accentué la situation de pénurie. Des gestionnaires, technologues, radiologues, nucléistes et agentes administratives qui travaillent au bénéfice des usagers ont été rencontrés. La bienveillance des technologues envers les usagers a été constatée. Les témoignages obtenus des usagers rencontrés démontrent une très grande satisfaction à l'égard de l'accès et de la qualité des services et soulignent le professionnalisme de l'équipe. Les équipes ont donc su s'adapter et être polyvalentes pour offrir des services de diagnostics et d'interventions accessibles à la population de l'Outaouais.

Les équipes contribuent au quotidien avec les autres directions et services à la fluidité des épisodes de soins et services et au désencombrement des services des urgences. Elles suivent aussi périodiquement les délais d'attente aux différents examens et interventions. Elles suivent les indicateurs pertinents afin de rendre disponibles les résultats d'examen en temps opportun. Les équipes indiquent de façon générale que les résultats sont disponibles dans les délais fixés pour les examens urgents. Pour les examens moins urgents ou électifs, une proportion non négligeable des résultats dépasse les délais attendus. Les équipes ont identifié certains moyens pour rendre ces résultats disponibles en temps opportun, dont le recours à la reconnaissance vocale et à l'amélioration des processus.

Radiodiagnostic:

Dans l'un des trois grands axes d'assise des priorités organisationnelles « d'étudier en santé et services sociaux en Outaouais », un nouveau programme de technologie de diagnostic sera offert dès janvier 2023, en partenariat avec le Cégep de l'Outaouais. Il s'agit d'une bonne nouvelle pour la région ! L'équipe est en train d'harmoniser et de mettre à jour le système RIS-PACS (Radimage), ce qui permettra un accès plus facile aux examens et aux résultats et aussi une uniformisation des pratiques.

Dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux examens et interventions, l'équipe s'implique notamment avec la Direction régionale de médecine générale (DRMG) et le service d'oncologie.

En ce qui concerne l'amélioration, l'équipe doit se doter d'une structure et d'activités de la qualité et de la sécurité. Une personne a été dernièrement désignée, dont le mandat portera notamment sur le développement d'une culture de qualité au sein de l'imagerie médicale. Les activités de prévention et de contrôle des infections, de prévention des chutes et de déclaration des incidents et accidents nécessitent un développement adapté aux pratiques d'imagerie médicale.

Médecine nucléaire:

Les deux services de médecine nucléaire n'ont pas de salles d'attente distinctes pour séparer les usagers qui ont reçu un radiopharmaceutique et ceux qui n'en ont pas reçu. Aussi, une nouvelle norme (USP 797) pour les laboratoires de préparation de produits stériles, intégrée aux normes de pratiques spécifiques à l'égard des médicaments et substances de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec entrera en vigueur au mois de décembre 2022.

Elles visent à assurer l'intégrité des médicaments, des radiopharmaceutiques et autres substances qui sont préparées notamment pour les besoins de la médecine nucléaire. L'équipe indique avoir recours uniquement aux unidoses préparées par un laboratoire extérieur, auquel est également confiée la préparation du marquage des globules blancs. L'établissement est donc invité à étudier les modalités d'application de ces normes pour ses services de médecine nucléaire.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	
13.1.1 Le don d'organes et de tissus fait partie des priorités stratégiques de l'organisme.	
13.1.8 Un comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus et qui est responsable de surveiller et d'améliorer la qualité du programme de don est établi avec l'apport des usagers et des familles.	
13.1.9 Les données sur les dons font l'objet d'un examen régulier par le comité qui s'occupe du don d'organes et de tissus, et un rapport contenant cette information ainsi que des recommandations de stratégies d'amélioration est présenté à l'équipe de la haute direction de l'organisme.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)

L'équipe du don d'organe s'est revitalisée avec deux nouvelles infirmières ressources. Une occupe un poste et l'autre est en surcroit vu l'ampleur du travail qui est à faire pour l'ensemble de la région. Ces deux infirmières sont soutenues par une conseillère-cadre de la direction des soins infirmiers. De plus, un médecin coordonnateur sera nommé sous peu, ce qui sera un atout pour le soutien aux activités du don d'organe. L'expertise des infirmières ressources en don d'organe est reconnue et leurs habiletés à offrir le soutien aux familles font une grande différence. Il est possible de souligner notamment les efforts faits pour accommoder les familles qui ne souhaitent pas se rendre à l'extérieur de la région et pour lesquelles le prélèvement a été organisé sur place grâce à la collaboration des équipes locales et de l'équipe spécialisée de Transplant Québec.

Bien que l'infirmière ressource n'ait pas été délestée pendant la pandémie et que les dons se sont poursuivis, les activités en ont tout de même été affectées. En effet, il a été nécessaire de suspendre les rencontres du comité interdisciplinaire. Le comité reprendra ses activités sous peu en intégrant de nouveaux usagers partenaires qui souhaitent se joindre à l'équipe. La pandémie a également privé les familles d'utiliser le salon qui leur était destiné aux soins intensifs. Actuellement, 2 petites salles sont utilisées, mais elles ne favorisent pas la confidentialité. De plus, il serait nécessaire de les réaménager afin de les rendre plus chaleureuses.

L'équipe suit les statistiques et procède à une revue systématique des décès aux soins intensifs et au Service des urgences afin de déterminer si des donneurs potentiels n'ont pas été repérés. Grâce à ces analyses et à la collaboration de Transplant Québec, les critères d'exclusion sont actuellement revus afin d'améliorer le nombre de dons. La participation à un projet d'évaluation de l'expérience vécue par les proches des donneurs avec le CHU de Québec est également à souligner. Les résultats témoignent d'un haut taux de satisfaction des familles. Ces résultats mériteraient d'être diffusés au sein de l'établissement ainsi qu'aux instances qualité comme le comité de vigilance et de la qualité (CVQ).

L'accès au don d'organe est essentiel pour la survie et la qualité de vie d'un grand nombre d'utilisateurs. Les équipes des soins intensifs et du Service des urgences sont proactives à entrer en contact avec les infirmières ressources au don d'organe. Il serait nécessaire de porter au niveau stratégique l'objectif de développer davantage le don d'organe pour la région. Cela permettrait de bénéficier d'une plus grande visibilité et ainsi contribuer à l'augmentation des dons.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	
16.1.1 L'information sur le cheminement des usagers est recueillie et analysée pour déceler les obstacles au cheminement optimal des usagers, leurs causes ainsi que leurs répercussions sur l'expérience et la sécurité des usagers.	
16.1.4 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. 16.1.4.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	
16.1.7 Les listes d'attente sont surveillées et mises à jour sur une base régulière, et les usagers sont informés de la date prévue pour leur intervention planifiée.	
16.1.14 Des protocoles sont en place pour déterminer et gérer les périodes de congestion et d'afflux massif au service des urgences.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	

La gestion de la fluidité des trajectoires de soins et services est encadrée par une gouvernance tout récemment mise en place. Les trois paliers en gestion s'y trouvent : stratégique, tactique et opérationnel. Les rôles et responsabilités sont clairement définis et établis.

Beaucoup des projets sont en cours; l'établissement est encouragé à les poursuivre sans perdre de vue la gestion des suivis ainsi que la pérennisation des acquis. Il est très risqué de démobiliser les équipes à cause de projets ou plans d'action inachevés.

L'implication médicale, notamment celle du directeur de services professionnels (DSP), de la DSP adjointe et de la chef du Service des urgences, est remarquable. Cette implication facilite la collaboration des autres départements cliniques. Il sera essentiel à la fluidité de développer une structure de gestion de la pertinence clinique conjointement avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) afin d'identifier les hospitalisations non nécessaires et les tests et consultations demandés sans aucune valeur

d'identifier les hospitalisations non nécessaires et les tests et consultations demandés sans aucune valeur ajoutée parmi d'autres initiatives de pertinence aidant sans aucun doute à la fluidité.

L'adéquation entre la demande et l'offre de services n'est pas encore évaluée. Cette variabilité nuit grandement à la fluidité et devra être surveillée afin de dégager les causes possibles qui affecte et met à risque la mission des urgences. Pour ce faire, il est essentiel que les services impliqués dans la fluidité des épisodes commencent à suivre les délais d'accès dans une perspective d'optimisation des trajectoires de soins.

Compte tenu du profil de la clientèle, une trajectoire en gériatrie pourrait permettre une meilleure prise en charge et facilitera en conséquence l'application de l'approche adaptée à la personne âgée dans toute sa dimension. De plus, une imputabilité accrue des directions impliquées en avant et en amont de la fluidité hospitalière aidera considérablement à éliminer certains obstacles récurrents comme le niveau de soins alternatif (NSA).

La synchronisation des admissions, transferts et congés dans le but d'améliorer l'accès aux services permettra de rendre plus prévisible le parcours de l'utilisateur à travers les différents services. Le projet pilote de planification précoce et conjointe du congé va dans ce sens, mais un effort de plus est à mettre pour concilier et synchroniser les multiples intervenants et interventions.

Beaucoup d'indicateurs sont suivis régulièrement aux niveaux stratégique et tactique, toutefois au niveau opérationnel, les équipes n'ont pas encore intégré la notion de suivi systématique des indicateurs d'une part et des mesures mises en place d'autre part.

L'efficacité de l'approche et des stratégies n'est pas évaluée. Pour ce faire, la direction de la qualité pourra accompagner les instances de gestion afin de structurer une démarche d'évaluation de la performance de la fluidité.

Le projet d'unification des actifs clinico-administratifs de la région permettra aux équipes d'avoir accès à plusieurs données, et ce, en temps réel, ce qui améliorera la rapidité de décisions, l'imputabilité et les suivis systématiques de mesures.

L'implantation de la nouvelle structure de gouvernance va bon train. Cependant, l'intégration des pratiques de gestion basée sur les résultats et les suivis des indicateurs au niveau opérationnel est encore faible.

Actuellement, les obstacles identifiés ne sont pas documentés pour donner suite aux discussions hebdomadaires. Il est recommandé de se doter d'un outil temporaire afin de garder des traces des mesures mises en place pour faciliter l'évaluation.

La collaboration et l'implication des groupes de médecins de famille de la région sont remarquables.

Il est à mentionner également la participation d'une usagère partenaire dans la rencontre avec le visiteur. Elle est impliquée dans la démarche d'amélioration de la fluidité pour promouvoir un changement : responsabiliser les usagers en tant que propriétaire de son cheminement, inciter l'établissement à augmenter les services de soutien et de soins à domicile, faire comprendre que les usagers sont aussi malades les fins de semaine parmi d'autres belles suggestions.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.7 Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
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.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
1.7.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!
1.7.3 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.	
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

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX – EXCELLENCE DES SERVICES GÉNÉRAUX

Le personnel d'encadrement clinique des services généraux témoigne d'un engagement et d'une collaboration exemplaire. La culture d'amélioration continue est palpable. Le programme a su se connecter à sa communauté, notamment dans les zones rurales. Les collaborations et partenariats sont riches et multiples.

Au niveau des soins centrés sur l'utilisateur, quelques initiatives prometteuses sont en cours pour favoriser la participation des usagers partenaires à l'amélioration des services, dont les travaux en télésanté et le projet numérique aux services généraux. L'établissement vise la mise en place d'un bureau du partenariat de soins et services afin d'améliorer le recrutement et l'accompagnement des usagers partenaires. Cette démarche de développement et de consolidation du partenariat de soins et services tant dans les processus cliniques qu'administratifs est encouragée.

Des adjoints de proximité dans les réseaux locaux de services ruraux ont contribué à une meilleure coopération locale par des communications fréquentes axées sur les solutions avec les autres partenaires du territoire.

Plusieurs projets de partenariat sont en développement ou sont déjà en cours entre le CISSS de l'Outaouais et le Centre d'amitié Maniwaki. En outre, il convient de mentionner les services médico-nursing à Maniwaki, navigateur en centre hospitalier, un projet de type « outreach » pour les hommes, le développement de places de type « Safe house ». Le Centre apprécie grandement le partenariat établi et espère que le dialogue et la reconnaissance mutuelle se poursuivent longtemps.

Au niveau de l'épisode de soins et services, un travail majeur a été réalisé afin d'améliorer l'accès et l'intégration des services de première ligne. De concert avec Info-Santé, Info-Social, l'intervention de crise, un guichet d'accès à la première ligne (GAP) a vu le jour et l'implantation a été complétée au cours de l'été 2022. Un grand volume d'appel est maintenant traité par le guichet. Une équipe interdisciplinaire favorise le parcours de soins et services de l'utilisateur. Grâce à une collaboration avec la direction régionale de médecine générale, le GAP bénéficie de plages médicales réservées par les médecins de famille pour la clientèle orpheline de la région. Cette simplification des processus aide également à la réorientation des P4-P5 du Service des urgences. De plus, d'autres stratégies sont mises en avant pour améliorer l'accès sur une base continue, comme la gestion proactive des délais, le suivi d'indicateurs et l'arrimage interguichet. L'établissement est invité à poursuivre le monitoring de l'adéquation entre la demande et l'offre de services pour permettre de maintenir la fluidité et l'accès aux services. À titre d'exemple, une réflexion pourrait être poursuivie sur les manières de diminuer au maximum la boîte vocale au GAP.

Le programme est très actif sur le plan populationnel, que ce soit au niveau de la prévention de la violence conjugale, de la prévention du suicide, de la prévention de la radicalisation menant à la violence ou encore de l'amélioration du continuum de services auprès des personnes itinérantes. Ces initiatives comportent une grande collaboration avec les partenaires de la communauté.

Les activités de gestion des risques sont bien présentes dans les services. Cependant, l'établissement est encouragé à poursuivre la structuration et l'évaluation de l'efficacité des méthodes utilisées avec les équipes dans le cadre d'une approche prospective.

Plusieurs projets innovants au niveau de la trajectoire de services sont en cours. Cela témoigne de manière éloquente de l'engagement, du dynamisme et du désir d'amélioration continue des acteurs cliniques et de gestion des programmes. Il faut mentionner, en outre, l'implantation transversale du programme québécois sur les troubles mentaux qui permettra un meilleur repérage et un meilleur service en temps opportun à la population; le projet POLAR Outaouais avec l'Université McGill pour contrer la radicalisation menant à la violence; le projet CASCADES en prévention de la violence conjugale; l'implantation graduelle et transversale du programme québécois pour les troubles mentaux; le projet de coopération France-Québec, projet de relance systématique postcrise suicidaire et de suivi étroit par une approche multimodale.

Plusieurs modalités sont disponibles pour favoriser et développer les compétences du personnel clinique. Un modèle d'encadrement et de soutien clinique a été structuré, des groupes de codéveloppement sont offerts de même que de la supervision clinique et la possibilité de joindre une communauté de pratique. Au niveau des équipes, une trousse de collaboration interprofessionnelle est en implantation. Il sera important d'en assurer la pérennité et de mesurer les impacts de celle-ci dans l'amélioration des services auprès des usagers dans une perspective de partenariat de soins et services avec la clientèle.

Un guide de rédaction de la note au dossier de l'utilisateur a été diffusé et plusieurs démarches sont en cours pour maintenir et améliorer la qualité des dossiers. Un guide sur l'accès à l'information et la gestion des dossiers cliniques a été révisé récemment. Les outils, référentiel et guides élaborés à l'intention des intervenants, font partie des bons coups pour soutenir la qualité des services. Au niveau des systèmes d'information, les visites effectuées confirment le manque d'interface et la désuétude de certaines applications. Cela occasionne plusieurs activités à non-valeur ajoutée.

Les affiches des codes d'urgences sont apposées dans les installations. Toutefois, dans certaines installations, le personnel ne semble pas au courant de l'existence des plans de mesures d'urgence ou de la procédure à suivre pour chaque type de sinistre. L'établissement est encouragé à diffuser activement ces plans et s'assurer que des rappels réguliers sont transmis aux équipes.

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)	
<p>2.1.28 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	

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) est centralisée et très bien structurée. Elle travaille également avec les partenaires externes, avec une entente de collaboration, tel le service de police de la Ville de Gatineau (SPVG) pour la mise en place de l'Unité d'intervention de crise (UNIC).

À la réception d'une demande, les intervenants de l'équipe procèdent à une évaluation de la criticité et y accordent un code de priorité. Les usagers sont par la suite contactés selon les délais prescrits.

Lors du premier appel, l'identité des usagers est validée et leurs consentements sont documentés. Les risques suicidaires des usagers sont cernés lors du premier contact et, si nécessaire, une évaluation complète est effectuée.

L'équipe veille à relancer les usagers afin d'assurer leur sécurité lorsque les intervenants le jugent nécessaire. Le formulaire de relance est l'outil pour la communication entre les intervenants pour ce faire. Ce formulaire est consigné en format PDF dans un répertoire commun. L'équipe est encouragée à évaluer le risque de perte d'informations en lien avec cette méthode de conservation.

L'équipe est également encouragée à identifier des indicateurs permettant la mesure objective des processus afin de pouvoir alimenter la priorisation des efforts d'amélioration continue.

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

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

Commentaires des visiteurs

Chapitre 3 - Service Info-Social

L'équipe du service Info-Social est centralisée et très bien structurée. Elle travaille également avec les partenaires externes, avec une entente de collaboration, tel le service de police de la Ville de Gatineau (SPVG) pour la mise en place de l'Unité d'intervention de crise (UNIC).

L'équipe reçoit de nombreuses formations sur l'utilisation des outils informatiques de travail, incluant la migration récente au Système intégré de gestion de la consultation téléphonique (SIGCT), ainsi que la transition à un mode hybride de travail.

Le modèle de dotation en personnel ainsi que la méthode de confection des horaires de cette équipe assurent une couverture des lignes téléphoniques et permettent d'assurer une capacité pour répondre aux appels lors des périodes de pointe.

Les appels sont documentés selon les gabarits standards dans les fiches d'appels.

L'équipe fait appel aux membres du personnel ainsi qu'à des organismes d'immigrants externes pour les services d'interprète. Toutefois, surtout dans une situation de crise ou d'urgence, l'équipe doit avoir un accès immédiat afin de pouvoir communiquer adéquatement avec les usagers en situation de détresse.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	
4.1.1 Une stratégie est élaborée pour promouvoir une santé mentale optimale et réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales et aux troubles concomitants, avec l'apport des usagers et des familles.	
<p>4.1.50 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>4.1.50.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.</p> <p>4.1.50.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	
4.1.51 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique

L'équipe a su démontrer une grande capacité d'adaptation lors de la pandémie et de l'augmentation massive des demandes de services psychosociaux généraux. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre en réponse aux besoins des usagers, dont les interventions brèves dès le guichet d'accès, le renforcement de l'équipe itinérance, l'intervenant de liaison en milieu hospitalier, etc. Il est évident que les travaux du

CISSS de l'Outaouais avec les partenaires de la communauté sont très bien structurés et que des investissements importants ont été réalisés pour améliorer les services auprès de la clientèle.

L'équipe est encouragée à faire la promotion de la santé mentale afin de protéger de la stigmatisation associée, et ce, en impliquant des usagers autant dans l'élaboration des stratégies que dans leurs réalisations.

S'inspirant des meilleures pratiques, de nombreux projets sont en cours en collaboration avec des partenaires internes et externes, incluant EXPLOR'ACTION à l'intention des personnes présentant un trouble anxieux ou dépressif ou tout autre trouble de l'humeur. Les orientations du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) comme stratégie pour améliorer l'accessibilité mettent l'accent sur l'accès aux services. Il importe de souligner que les trajectoires de soins se font dans une approche de rétablissement.

L'équipe élabore des stratégies visant un impact sur les résultats. C'est dans ce contexte qu'elle participe au projet pilote V1SAGES dans le cadre du projet de recherche avec l'Université de Sherbrooke avant la mise en application au niveau provincial.

D'autres initiatives incluent l'entente de partenariat avec le service de sécurité publique de la ville de Gatineau (projet Cascades, projet Polar, etc.). Le projet vitrine ERIC 2 visant une hospitalisation à domicile semble également très prometteur et démontre un souci de l'équipe à offrir ses services aux usagers dans les endroits qu'ils choisissent.

L'équipe amorce le développement d'un continuum intégré de services pour les personnes en situation d'itinérance, dont la mise en place d'une halte, lors du froid hivernal. Un comité de coordination régionale a été mis en place pour la révision de la trajectoire de l'hébergement d'urgence à la stabilisation, à la transition et au logement permanent.

Le guichet d'accès réalise une évaluation des usagers à l'intérieur de 24 h suivant la réception de la demande, et propose déjà par téléphone des conseils aux usagers. Les usagers sont priorisés selon le modèle du Programme québécois pour les troubles mentaux. Les usagers sur la liste d'attente reçoivent un appel de relance afin d'assurer la sécurité. Le nom de la personne qui coordonne les services est aussi fourni à l'utilisateur lors de ce premier appel. Les intervenants se déplacent à leur rencontre dans une approche de gestion à proximité et en tenant compte des principes de qualité, d'efficacité et d'efficience.

Les évaluations standardisées sont utilisées et les résultats sont partagés avec les usagers afin de solliciter la participation active dans les interventions. Les usagers indiquent que les plans d'interventions considèrent leurs préférences et se sentent impliqués dans leurs traitements.

Les informations sont transmises à l'aide d'un formulaire standardisé. L'équipe est encouragée à poursuivre l'évaluation de la pertinence des informations transmises ainsi que l'efficacité des mesures de transition mises en place pour les usagers.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	
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.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 5 - Services d'intervention en situation de crise dans le milieu	

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX SERVICES D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

Le personnel clinique et administratif rencontré est accueillant, engagé, compétent, transparent et collaboratif. Le regroupement du personnel clinique et des spécialistes en activités cliniques favorise le travail d'équipe et la supervision clinique. De même, les intervenants de l'Info-Social et de l'intervention de crise travaillent au sein d'une même unité, ce qui favorise la stabilité des équipes, renforce le développement des expertises et diversifie la pratique professionnelle.

Il y a quelque temps, une nouvelle modalité de service a été développée. Il s'agit de l'équipe UNIC. Cette équipe, composée d'une intervenante sociale et d'un policier, est le fruit d'un partenariat des services policiers de Gatineau et du CISSS. Il permet d'intervenir immédiatement auprès de personnes qui vivent une crise psychosociale aiguë. L'équipe intervient tous les jours jusqu'à 18 heures, sauf le dimanche. Des mécanismes sont en place en dehors des heures de travail de l'Unité d'intervention de crise (UNIC) entre l'équipe de crise et les services policiers. À ce jour, la volumétrie démontre que le service contribue à réduire l'achalandage du service des urgences puisque plus du tiers des interventions mènent à des références vers des services dans la communauté.

Le personnel est très bien accueilli dans le service et bénéficie d'une période d'intégration et de formation exemplaire dans plusieurs étapes du continuum (social-crise-Unic). La qualité et la rigueur de la structure de soutien et de supervision clinique sont à souligner. Plusieurs modalités de développement existent pour favoriser le développement des compétences des membres de l'équipe, entre autres le codéveloppement et les communautés de pratique.

Le partenariat usager est peu connu de certains intervenants et les visiteurs n'ont pas observé d'usager partenaire ayant été sollicité pour contribuer à l'avancement de la qualité des services. L'établissement est encouragé à préciser ses attentes à ce niveau et à soutenir les directions dans le recrutement et l'accompagnement d'usagers partenaires.

Les équipes sont encouragées à se doter d'un mécanisme d'auto-évaluation allégée et systématique du fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire (ex.: structure, modalités, résultats). Les bilans et objectifs d'amélioration pourraient être faits avec l'apport d'usagers partenaires, autant que possible.

Des enjeux de collaboration ont été soulevés lorsque des besoins d'arrimage et de coordination des services se présentent entre le service de crise et certains guichets d'accès. L'établissement est encouragé à documenter ces irritants afin d'envisager tous les moyens pour simplifier la trajectoire de services de l'usager et favoriser le cheminement de la clientèle à la bonne place au bon moment dans une approche de partenariat usager et de collaboration interprofessionnelle.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	
6.1.2 L'établissement collabore avec des partenaires externes et la communauté afin d'élaborer des plans, des politiques et des procédures qui intègrent des interventions en cas d'urgence et de sinistre.	
6.1.4 L'établissement dispose d'un plan de déploiement pour l'équipe d'intervention d'urgence.	
6.1.6 L'établissement dispose de politiques et procédures relatives au déclenchement, à l'activation et à la désactivation du plan.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	

Équipe Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

L'équipe rencontrée, aussi nommée les Anges Blancs, est une équipe engagée dans l'action, solidaire et très fière du rôle de soutien réalisé auprès des citoyens, partenaires et employés lors de mesures d'urgence en contexte de sécurité civile. L'expertise de l'équipe et son souci de la clientèle sont dignes de mention.

Ces dernières années, l'équipe a été très sollicitée à la suite des inondations en 2017 et 2019, la tornade de 2018 et la pandémie récente. L'équipe a relevé avec brio les mandats confiés. Elle a fait preuve d'agilité en s'adaptant constamment aux besoins populationnels. Le volet psychosocial s'adresse à la population, aux employés du CISSS de l'Outaouais et au soutien de partenaires externes selon le cas. Récemment, l'équipe est intervenue pour soutenir un des services d'urgence hospitalier de la région.

Lors du déclenchement d'une mesure de sécurité civile, l'équipe psychosociale se mobilise rapidement et sollicite les intervenants psychosociaux volontaires des différentes directions. Elle est prête à intervenir dans l'immédiat et des trousseaux d'information sont préparés à l'intention de la population. Selon le contexte, un rapport est rédigé chaque jour qui permet d'illustrer les besoins et problématiques à régler pour améliorer les services aux personnes sinistrées. Si des personnes ont besoin de services psychosociaux, un corridor de services est prévu avec l'accueil intégré du CISSS de l'Outaouais et l'information est transmise par un formulaire de référence signé par l'utilisateur. Si des risques suicidaires sont analysés, un accompagnement plus individualisé sera prévu par l'intervenant.

Bien que les interventions et les communications soient très efficaces lors du déploiement de mesures de sécurité civile, l'équipe psychosociale convient que des processus et procédures pourraient être documentés. L'équipe suggère d'établir des points de rencontre 1 ou 2 fois par an en dehors des périodes d'activation. Ces moments permettraient la mise à niveau des façons de faire actuelles ou souhaitées. L'équipe est motivée à revoir certains outils. L'établissement est invité à convenir d'une approche structurée de travail pour assurer l'amélioration continue des processus.

Sur le plan des compétences, l'équipe actuelle est stable et possède beaucoup d'expérience. Elle souhaite faire mieux connaître son offre de service. Elle veut planifier une formation continue sur le volet psychosocial des mesures d'urgence à l'intention du personnel du CISSS afin de préparer la relève. L'équipe exprime aussi des besoins de formation et de mise à jour en lien avec sa mission de sécurité civile. Les gestionnaires de l'équipe sont présents et appréciés. Ils soutiennent l'équipe dans l'exercice de leur rôle.

Au niveau organisationnel, l'établissement a remis à jour son plan des mesures d'urgence en 2019. Toutefois, le Plan régional de sécurité civile - Mission santé est toujours en élaboration et devrait être adopté et diffusé d'ici décembre 2023. Une politique de sécurité civile avait été adoptée en 2016. L'établissement est encouragé à évaluer quels sont les moyens requis pour séquencer les travaux et à convenir des actions à court, moyen et long terme.

Sur le plan des bons coups, il importe de mentionner le plan de priorisation des mesures d'adaptation aux changements climatiques des installations du CISSS de l'Outaouais présenté au Conseil d'administration en juin dernier. Le plan d'adaptation permettra de mieux préparer l'établissement en cas de risques populationnels en lien avec les changements climatiques, notamment la sécheresse, les feux, les inondations et les tornades. La région a été sévèrement touchée par ces phénomènes ces dernières années. L'établissement est encouragé à poursuivre sa quête d'excellence en la matière.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 7 - Service Info-Santé	
7.1.4 Info-Santé dispose des services de répartiteurs multilingues ou peut accéder immédiatement aux services d'interprétation nécessaires en fonction des données démographiques de la communauté desservie.	

Commentaires des visiteurs

Chapitre 7 - Service Info-Santé

L'équipe Info-Santé fait partie d'une centrale d'appel provinciale; elle est donc appelée à traiter les appels des usagers provenant de l'ensemble de la province. La répartition des appels est donc contrôlée centralement par une instance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

L'équipe reçoit de nombreuses formations sur l'utilisation des outils informatiques de travail, incluant la transition à un mode hybride de travail.

Les fiches d'appels sont remplies selon un gabarit standard à la suite de chaque appel.

L'équipe fait appel aux membres du personnel ainsi qu'aux organismes d'immigrants externes pour les services d'interprète. Toutefois, surtout dans un contexte d'une ligne d'assistance, l'équipe doit avoir accès immédiat afin de pouvoir communiquer adéquatement avec les usagers.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	
8.1.43 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	

Le groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, affilié à l'université McGill, permet à l'établissement d'offrir des soins et des services de première ligne tout en assumant sa responsabilité populationnelle. Les services sont offerts au groupe d'âge de 0 à plus de 100 ans. Toute une gamme de services fait partie des activités cliniques des soins généraux, il faut mentionner, entre autres, les cliniques spécialisées : gynécologie, locomoteur, parents-enfants; santé mentale, procédures chirurgicales mineures, suivi des maladies chroniques, santé mentale ou santé physique, suivi de grossesse, visites à domicile à l'intention des usagers en perte d'autonomie. Des services professionnels sont également offerts à la population tels que : service social, psychologie, physiothérapie, pharmacie ainsi qu'interventions à visée préventive.

Dans sa mission d'enseignement, le GMF-U compte actuellement 27 résidents. Des locaux spacieux et modernes sont situés dans le même immeuble du Campus universitaire de l'Outaouais. Une équipe interprofessionnelle assure les soins et les services de première ligne intégrée dans un contexte de transfert de connaissances appuyées par les données probantes de la recherche. En effet, l'équipe du GMF-U de Gatineau est très impliquée dans les projets de recherche du Réseau universitaire de santé (RUIS) McGill en collaborant à des études multicentriques. De plus, elle a participé au projet majeur de recherche eConsult qui est actuellement un projet provincial du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plusieurs autres projets sont en cours : Accès adapté - Impact d'un programme de cohorte canadien d'amélioration continue de la qualité, Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires.

Parmi les autres projets à évaluer, ceux-ci sont à noter :

- Projets V1SAGES dans le but d'améliorer la trajectoire de soins des grands utilisateurs de services avec des besoins complexes pour réduire les consultations évitables à l'urgence.
- Veille de l'état de santé des dyades formées de personnes atteintes de la démence et de leurs proches vivant dans la communauté.
- Projet PEGASUS-2 : Mise à l'échelle d'un outil d'aide à la décision sur le dépistage prénatal des trisomies 21,18 et 13.
- D'autres projets sont déjà complétés :
- Téléconsultation en première ligne. Évaluation de l'implantation de l'accès adapté et de ses effets dans les groupes de médecine familiale universitaires.
- Accessibilité aux soins de première ligne dans les cliniques universitaires.
- Accessibilité à des interventions non pharmacologiques dans le but de prévenir et de gérer la douleur musculosquelettique chronique dans les milieux de première ligne au Québec.

Les usagers sont satisfaits des soins reçus même si les contraintes de l'enseignement impliquent une rotation au niveau des résidents. L'équipe est fière de mentionner que même s'il a fallu une certaine réorganisation durant la pandémie, les services n'ont pas été interrompus en dépit des différentes vagues. Bien que le GMF-U contribue à désengorger le service des urgences, que ce soit au niveau de sa contribution pour les réorientations P4-P5 ou de l'inscription en groupe des usagers du guichet d'accès en première ligne, une amélioration au niveau de l'accessibilité pourrait être souhaitable.

Le personnel est dévoué et proactif; une culture d'amélioration continue de la qualité leur permet d'aller en amont des obstacles pour promouvoir différents projets ou mettre en pratique les connaissances grâce à leur curiosité intellectuelle. La conseillère en amélioration continue de la qualité surveille l'émergence des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles en participant à différentes communautés virtuelles de pratique. Elle transmet ensuite les informations aux membres de l'équipe et facilite leur implantation.

Le concept de l'utilisateur partenaire est bien ancré au sein du service. Un des utilisateurs partenaires expose les changements pertinents qui ont eu lieu au bénéfice des utilisateurs grâce à son implication aux différents comités. Selon l'information obtenue, il semble que les informations concernant les grandes priorités organisationnelles ne parviennent pas toujours au personnel au moment opportun. Il serait pertinent de réévaluer le mode de transmission d'informations.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services de santé courants	
<p>9.1.28 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.</p> <p>9.1.28.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>9.1.28.3 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.</p> <p>9.1.28.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.</p>	
<p>9.1.40 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>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:</p> <p>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;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>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).</p>	

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

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services de santé courants

Les services de santé courants sont essentiellement assurés par le personnel infirmier et sont accessibles aux usagers ambulatoires de tous les groupes d'âge. Le service est accessible tous les jours, incluant les fins de semaine et les jours fériés. L'offre de service couvre les soins suivants : l'administration de médicaments injectables et intraveineux, les soins de plaie, les soins de cathéters veineux périphériques ou centraux, les soins de cathéters urinaires, les soins de stomie et pessaire, le retrait d'agrafes ou de points de suture, la vaccination, le dépistage, l'enseignement, l'autosoin, etc.

Des formulaires standardisés permettent la collecte de données pour une offre de services personnalisés centrés sur les besoins de l'utilisateur. Par ailleurs, celui-ci est encouragé à impliquer la famille et les proches dans l'élaboration du plan d'intervention individualisée réalisé en partenariat avec l'utilisateur lui-même et les proches, lorsqu'il le souhaite. L'harmonisation de certaines procédures et des pratiques en milieu urbain ou en périphérie et les sondages réalisés au moyen d'un code QR constituent des initiatives d'amélioration de la qualité.

Le système de prise de rendez-vous dans les régions périphériques pourrait être revu afin de simplifier la trajectoire des usagers.

Des pratiques sécuritaires sont mises en place, que ce soit au niveau de la formation du personnel, de l'information aux usagers et à leurs familles pour l'hygiène des mains ou de la désinfection des petits équipements médicaux. L'administration sécuritaire des médicaments et la disposition de matériel biologique.

L'équipe participe à la continuité des trajectoires de soins et de services de différents programmes et des partenaires communautaires et contribue à l'amélioration de la fluidité au sein de l'établissement. Un travail d'équipe cohérent permet la transmission d'informations à toutes les étapes du processus, toutefois, l'évaluation de la transition dans certaines installations devra être faite dans un processus d'amélioration de la qualité. L'implantation d'un système informationnel efficace serait pertinente pour optimiser le travail interprofessionnel.

L'immeuble du centre local de services communautaires (CLSC) à Hull est désuet, les espaces sont restreints et peu adaptés à certains usagers desservis. L'établissement est invité à revoir cette infrastructure.

En dépit des obstacles en lien avec la pénurie d'effectifs, le personnel rencontré demeure attaché à son environnement de travail, grâce à un esprit collaboratif et la solidarité au sein de l'équipe. L'établissement devra faire preuve de créativité dans la poursuite de ses efforts de recrutement.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Télésanté	
1.1 L'organisme dispose d'un document de conception pour le service de télésanté.	
1.2 Les politiques, les procédures et les mesures de sécurité sont établies lors de la mise en oeuvre du service de télésanté.	
1.4 L'organisme dispose d'un programme de gestion de la qualité lui permettant de définir et de s'assurer des caractéristiques de qualité requises du service de télésanté et d'observer les résultats.	!
1.7 Une procédure permet de répondre aux demandes de service de télésanté en temps opportun, comme il convient.	
1.8 Un processus organisationnel permettant de gérer la période d'indisponibilité du système de télésanté est mise en place.	
2.3 Le processus d'évaluation du service de télésanté est conçu avec la collaboration des usagers, au besoin.	
3.1 Des politiques et des procédures régissent la prestation du service de télésanté.	

Commentaires des visiteurs

Processus prioritaire : Télésanté

Note: La visite a été effectuée au niveau de l'implant cochléaire et la chirurgie thoracique. Selon la portée du critère, les cotes ne portent que sur les 2 secteurs visités.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX TÉLÉSANTÉ

La télésanté a connu un essor considérable ces dernières années. L'établissement en a fait une priorité organisationnelle 2022-2025 afin d'en maximiser le potentiel et de favoriser l'accès aux soins et services pour la population, lorsque pertinent.

L'équipe de télésanté est composée de deux pilotes cliniques, deux pilotes informatiques et un usager partenaire. L'équipe est très mobilisée et collaborative. Elle bouillonne d'idées pour faire progresser cette modalité thérapeutique au bénéfice des usagers. Cette équipe est chapeautée par un comité tactique représentatif de toutes les directions. Ce comité est actif et se rencontre régulièrement.

Une politique organisationnelle sur la télésanté vient tout juste d'être adoptée. Elle précise certaines balises organisationnelles et les rôles attendus des acteurs en télésanté. La diffusion de la politique sera cruciale pour s'assurer de l'appropriation concrète de toutes les directions. De plus, une évaluation devrait être réalisée afin de s'assurer qu'elle atteigne les objectifs.

La conception de l'offre de services de télésanté est à l'étape de validation. Il est prévu qu'elle soit adoptée par l'ensemble des parties prenantes concernées de l'établissement. Découlant de la politique, des procédures viendront préciser le processus de gestion de projet, le partage des rôles et un plan de gestion de la qualité sera rédigé. L'équipe souhaite également développer un axe de promotion de la qualité de la pratique professionnelle en télésanté et une plateforme-conseil de télésanté. Un plan de déploiement de l'offre de service est prévu jusqu'en 2025. Il sera important de maintenir vivant un registre des initiatives de télésanté en respect de la politique déjà adoptée et des procédures à venir. De même, l'équipe offre déjà un soutien concret aux utilisateurs. Le défi demeurera de garder un équilibre entre les besoins de soutien ponctuel, la modulation de la capacité de l'équipe selon les mandats confiés et le besoin continu de structuration du service.

Sur le plan de la gestion documentaire en télésanté, plusieurs documents sont à créer, d'autres à réviser ou à compléter en cohérence avec les autres politiques et procédures. Un travail important est à intensifier compte tenu de l'essor de cette modalité et des priorités organisationnelles 2022-2025 de l'établissement. Une stratégie intégrée au niveau documentaire semble utile, tenant compte des critères d'excellence d'Agrément Canada.

Plusieurs procédures organisationnelles incluent implicitement la modalité de télésanté. Toutefois, vu le développement rapide et durable de la télésanté, l'équipe est invitée à faire ressortir les droits des usagers en contexte de télésanté, les recours possibles pour l'utilisateur en cas de besoin et les mécanismes de prévention requis.

Les équipes et usagers de télésanté au niveau de l'implant cochléaire et de la chirurgie thoracique ont été visités. Les services répondent directement aux besoins des usagers et à l'amélioration de la continuité et de la sécurité des soins et services. Les consentements sont bien présents au dossier. Dans les deux cas, des usagers partenaires ont été mis à profit dans la préparation des projets. Les usagers ayant reçu des services d'implant cochléaire expriment un grand soulagement d'avoir pu obtenir davantage de services dans leur région avec leur audiologiste. Leur satisfaction et leur reconnaissance sont dignes de mention.

Ce sont aussi des exemples de collaboration interétablissement. Il semble opportun de réfléchir à la pérennité des projets réalisés, à définir des balises communes d'évaluation. De même, l'établissement est encouragé à prévoir dès que possible les ressources requises, notamment lors de l'étape de pérennisation.

Le projet d'implant cochléaire améliore la satisfaction des usagers et leur évite de coûteux déplacements. De plus, il permet une meilleure trajectoire de services et une proactivité clinique en cas de problématique d'équipement, le tout au bénéfice de l'utilisateur. Le service est invité à procéder, au moment opportun, à une évaluation complète des services avec le partenaire montréalais. Il apparaît utile de prévoir la contribution d'utilisateurs partenaires à cette évaluation. De plus, comme il s'agit d'un ajout à l'offre de services en audiologie et, vu les enjeux d'accès, la question des ressources et du partage d'expertise entre professionnels sera à considérer.

Le projet de chirurgie thoracique est issu d'une collaboration directe avec la recherche clinique à Gatineau. Le projet a permis d'adapter une plateforme numérique et de faciliter les échanges cliniques et la continuité des services interétablissement. Le projet a aussi permis d'optimiser et de simplifier une trajectoire complexe de soins et de services tout en améliorant la sécurité des services. À ce jour, les résultats démontrent la haute satisfaction des acteurs cliniques en lien avec les bénéfices d'utilisation de la plateforme. Le projet améliore la planification, la continuité des soins et services et la rigueur des points de transition. L'équipe a été Lauréate au Gala prix TI en santé et services sociaux dans la catégorie Équipe clinique innovante. Un besoin est identifié par l'équipe afin de mieux arrimer d'autres trajectoires souvent inhérentes à celles de la chirurgie thoracique, notamment en pneumologie et en oncologie.

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'auto-évaluation, 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.