



**ACCREDITATION**  
**AGRÉMENT**  
**CANADA**

## **Rapport de visite**

Programme Qmentum QuébecMC

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

Rapport publié: 17/06/2024

# Table des matières

<b>À propos d'Agrément Canada</b>	3
<b>À propos du rapport d'agrément</b>	3
<b>Confidentialité</b>	4
<b>Sommaire</b>	5
À propos de l'établissement	5
Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs	6
Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence	7
Soins centrés sur les personnes	9
Aperçu de l'amélioration de la qualité	10
<b>Aperçu du programme</b>	11
<b>Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément</b>	12
<b>Résultats selon les dimensions de la qualité</b>	15
<b>Pratiques organisationnelles requises</b>	16
<b>Résultats de l'évaluation divisés par chapitre</b>	18
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	18
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	21
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	24
Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	27
Santé publique	29
Télésanté	32
Programme de prévention et de contrôle des infections	33
Services de retraitement des dispositifs médicaux	36
Gestion du circuit du médicament	40

## À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada (AC) est le plus important organisme accréditeur au Canada. Établi depuis plus de 60 ans, AC offre un éventail d'outils et de programmes d'évaluation destinés aux organismes de santé, de services sociaux et communautaires pour améliorer la qualité et la sécurité au Canada et dans le monde entier.

Nous continuons d'élargir notre influence et notre champ d'application. En collaboration avec notre société affiliée, l'établissement de normes en santé (HSO), nous offrons des programmes et des services centrés sur la personne qui sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé. HSO élabore des normes fondées sur des données probantes et des solutions d'amélioration de la qualité de calibre mondial. Nos programmes d'évaluation et nos solutions d'amélioration de la qualité ont été adoptés dans plus de 12000 établissements sur cinq continents. HSO est le seul organisme d'élaboration de normes (OEN) à se consacrer aux services de santé et aux services sociaux. Agrément Canada permet aux organisations d'atteindre les normes nationales et mondiales grâce à des programmes novateurs qui sont adaptés aux besoins locaux. Grâce à nos programmes et services d'évaluation, nous contribuons à la prestation de soins sécuritaires et de haute qualité dans l'ensemble de l'écosystème de santé.

AC et HSO sont des organismes indépendants, non gouvernementaux et sans but lucratif qui satisfont aux exigences étendues d'agrément par des tiers du Conseil canadien des normes, de l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) et de l'Asia Pacific Accreditation Cooperation (APAC).

## À propos du rapport d'agrément

L'établissement mentionné dans le présent rapport de visite participe au programme d'agrément Qmentum Québec<sup>MC</sup> d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 28/04/2024 au 03/05/2024.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant d'évaluations par des pairs ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'établissement. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à la précision des renseignements fournis par l'établissement pour planifier et mener les visites d'agrément et produire ce rapport. Il incombe à l'établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

# Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET PROTÉGÉ PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent rapport d'agrément est fourni à l'établissement mentionné dans ce rapport d'agrément, et les utilisations autorisées sont telles qu'énoncées dans l'entente de licence du client sur la propriété intellectuelle entre Agrément Canada et l'établissement et rien dans les présentes ne doit être interprété ou considéré comme ayant cédé ou transféré toute propriété, tout titre ou tout intérêt à un tiers. Bien qu'Agrément Canada traitera le présent rapport de manière confidentielle, l'établissement peut divulguer ce rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce rapport. Toute autre forme d'utilisation ou d'exploitation est strictement interdite, à moins d'une autorisation expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent rapport d'agrément compromet l'intégrité du processus d'agrément; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à : [publications@healthstandards.org](mailto:publications@healthstandards.org).

Le présent rapport d'agrément est fourni à titre d'information et ne constitue pas un avis médical ou de soins de santé. Il est fourni «tel quel» sans aucune garantie, expresse ou implicite, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie d'adéquation ou de qualité marchande, d'adéquation à un usage particulier, de non-violation des droits de propriété intellectuelle, et son contenu est complet, correct, à jour et ne contient pas d'erreurs, de défauts, de lacunes ou d'omissions. Agrément Canada ou ses concédants de licence se dégagent de toute responsabilité envers vous et toute autre personne dans quelque éventualité que ce soit où surviendraient de quelconques dommages directs, indirects, accessoires, particuliers ou immatériels pouvant découler de l'utilisation du présent rapport d'agrément, ou y être liés (notamment la perte de profits ou de revenus, la réduction de gains anticipés ou enregistrés, la perte de données, la perte d'accès à un quelconque système informatique, l'incapacité de réaliser des économies prévues ou toute autre perte économique, ou encore les conséquences d'une quelconque réclamation de tiers), que ce soit pour des raisons de négligence, de responsabilité civile délictuelle, de responsabilité légale, de responsabilité contractuelle ou de responsabilité en common law, ou pour toute autre cause d'action ou matière à poursuite, même en cas d'avis préalable de l'éventualité de ces dommages.

# Sommaire

## À propos de l'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de l'Outaouais qui compte de plus de 408000 citoyens. Son territoire d'une superficie de plus de 34467 km<sup>2</sup> englobe la ville de Gatineau et quatre municipalités régionales de comté (MRC) : Pontiac, Vallée-de-la-Gatineau, Papineau, des Collines.

Le CISSS de l'Outaouais a pour vision d'offrir des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins de la population de l'Outaouais. Ses valeurs sont basées sur l'excellence, le partenariat, la bienveillance et l'engagement.

Le CISSS de l'Outaouais compte près de 12000 employés auxquels s'ajoutent 600 médecins, dentistes et pharmaciens œuvrant dans 71 installations. En tant que centre affilié universitaire, ses activités comprennent de la formation, de l'enseignement et de la recherche. Il a également une vocation suprarégionale en radio-oncologie offrant des services ultraspécialisés aux usagers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Outaouais.

Les visiteurs ont noté certains domaines d'excellence :

- Équipes engagées à répondre aux besoins de la population
- Approche de gestion de proximité (Comités territoriaux et autres)
- Souci de l'accessibilité aux services, équité et proximité
- Activités de reconnaissance adaptée à chacun des milieux

Certaines pistes d'amélioration ont été suggérées, notamment :

- Poursuivre les approches novatrices pour favoriser l'attraction et la rétention des ressources (former et accompagner les nouvelles recrues)
- Impliquer davantage les usagers dans la prise de décision clinique et organisationnelle
- Peaufiner l'identification judicieuse d'indicateurs permettant de suivre les enjeux organisationnels et populationnels
- Poursuivre les efforts d'harmonisation des pratiques sur le territoire de desserte
- Informatiser le dossier patient

Parmi les objectifs de la visite d'agrément, il convient de souligner l'évaluation de :

- La structure organisationnelle et les thématiques transversales.
- La manière dont les pratiques de l'établissement font une place évidente et primordiale à la sécurité des usagers, des proches et du personnel.
- L'impact des mesures déployées sur le travail quotidien des équipes.
- La manière dont le vécu des usagers et l'expérience des proches sont intégrés dans les processus d'amélioration continue.
- La manière dont les communications soutiennent l'amélioration de la qualité et la connaissance interne des projets.
- Des observations de l'établissement en ce qui a trait à l'impact de la pénurie de main-d'œuvre et les risques associés à celle-ci sur la sécurité des usagers et la performance organisationnelle.

## **Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs**

L'établissement connaît le portrait de la population et apporte des programmes clientèle visant à répondre aux besoins. Plusieurs trajectoires de soins ont été identifiées. La transversalité de ces trajectoires implique une approche interdisciplinaire, interdirection et intersectoriel avec les partenaires externes communautaires. La révision des processus et trajectoires est basée sur la pertinence. L'approche permet d'avoir une vigie sur l'accessibilité des services.

Une attention est apportée aux listes d'attente ainsi que l'accès à certains services qui ont une situation particulière impliquant la pénurie de personnel pour octroyer le service. Malgré les contraintes sur la capacité de pleinement offrir tous les lits et les salles opératoires, l'établissement cherche continuellement à améliorer l'accès des services en s'assurant que la priorisation est donnée aux usagers dont la condition requiert des soins en priorité. Dans cette optique de pertinence, il y a aussi l'effort de standardisation des outils à la disposition des intervenants afin de leur permettre de travailler de façon optimale.

Il y a une forte volonté d'accroître l'implication d'usagers partenaires ainsi que de personnes proches aidantes dans l'organisation des services et d'autres projets organisationnels. Plusieurs directions utilisent cette approche pour apporter la «voix de l'utilisateur» dans l'équation de la recherche de services répondant aux besoins de l'utilisateur. Un accompagnement est offert pour permettre à l'utilisateur partenaire de contribuer pleinement. L'approche de soins centrés sur la personne est bien installée au CISSS de L'Outaouais.

## Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Voici une liste des domaines d'excellence de l'établissement et des améliorations selon les chapitres évalués par les visiteurs d'agrément Canada.

### Chapitre 2 – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

#### Domaines d'excellence :

- Posture organisationnelle et vision systémique vers la gestion de proximité
- Équipes engagées sur la qualité auprès des usagers et de la population
- Adaptation à une démographie changeante avec de nouveaux besoins
- Nouvelle stratégie de communication à l'interne et à l'externe
- Liens entre l'établissement, les universités et les maisons d'enseignement
- Développement des tableaux de bord stratégiques comme outil d'aide à la décision et à la gestion des lits

#### Principales opportunités d'amélioration :

- Poursuivre le développement des tableaux de bord aux niveaux tactique et opérationnel
- Revoir les priorités organisationnelles en impliquant les parties prenantes dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance du réseau
- Intensifier la mise en place d'une approche de soins et de services centrés sur la personne dans la planification stratégique
- Promouvoir et valoriser la culture de l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans l'ensemble de l'établissement
- Renforcer une vision de culture de la mesure
- S'adapter aux nouvelles demandes de service pour répondre aux besoins de la population

### Chapitre 3 – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

#### Domaines d'excellence :

- Mutualisation des ressources dans les petits centres
- Gestion intégrée de la santé organisationnelle (On s'en parle; Prendre soin de moi; Pistes d'actions préventives;)
- Haut niveau de vigilance concernant la protection des données personnelles
- Planification et suivi budgétaire rigoureux

#### Principales opportunités d'amélioration :

- Revisiter l'adéquation des ressources dans une perspective d'optimisation
- Systématiser l'évaluation de la contribution du personnel
- Faciliter l'intégration des différents systèmes informatiques

### Chapitre 4 – Gestion de la qualité et des risques

#### Domaines d'excellence :

- Outils en place pour la vigie de la prestation sécuritaire des soins
- Capacité de soutenir les équipes dans une approche de culture de la mesure
- Cartographie des risques organisationnels

#### Principales opportunités d'amélioration :

- Réviser le cadre éthique en intégrant l'éthique organisationnelle
- Finaliser le processus d'intégration de la gestion des risques et d'amélioration continue
- Continuer la promotion de la bienveillance
- Consolider les pratiques de déclaration d'incidents-accidents et faire le suivi d'analyse

### **Chapitre 5 – Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres**

#### Domaines d'excellence :

- Excellent travail de partenariat avec de nombreuses parties prenantes internes et externes (programmes du CISSS, service de police et incendies, municipalité, organismes communautaires, etc.)
- Stratégies de communication efficaces dans les situations d'urgence
- Plan de simulation dans différentes situations d'urgence (ex. Code rouge, code orange) et formations ajustées aux nouvelles réalités (ex. Code argent)
- Principales opportunités d'amélioration :
  - Faire connaître l'offre de services aux partenaires externes et internes lors d'aléas
  - Rebâtir l'équipe d'intervention psychosociale des mesures d'urgence et former ces nouvelles ressources
  - Mettre par écrit l'ensemble des processus et procédures pour s'assurer des bonnes pratiques

### **Chapitre 6 – Santé publique**

#### Domaines d'excellence :

- Offre de services bien alignée sur le Plan d'action régional en Santé publique et mécanismes de suivi rigoureux
- Élaboration d'un premier plan de surveillance permettant d'assurer le suivi de l'état de santé de la population
- Partenariats dynamiques et constructifs avec les organismes communautaires et institutionnels (municipaux, sécurité publique, éducation, etc.)
- Souci de communiquer clairement et simplement avec la population et les partenaires (outils, instances)
- Principales opportunités d'amélioration :
  - Optimiser les liens avec les autres directions du CISSS afin d'atteindre les objectifs de santé publique
  - Consolider la programmation et les modalités de fonctionnement dans le contexte de la nouvelle structure (Ex. Centre d'abandon du tabagisme, soutien psychosocial en santé au travail)

### **Chapitre 7 – Télésanté**

#### Domaines d'excellence :

- Structure fonctionnelle claire et transparente
- Politiques et procédures bien formalisées
- Souci de la sécurité, tant informationnelle que clinique

#### Principales opportunités d'amélioration :

- Développer les mécanismes de communication et de rétroaction aux référents
- Revoir les processus associés à la documentation (dossiers parallèles)

### **Chapitre 8 – Programme de prévention et de contrôle des infections**



#### Domaines d'excellence :

- Formalisation des politiques et procédures à jour
- Présence d'une structure fonctionnelle
- Collaboration porteuse : PCI, Direction santé publique et Direction des services techniques et logistiques (DSTL)
- Gestion des données et indicateurs, en direct

#### Principales opportunités d'amélioration :

- Diffuser les indicateurs de résultats auprès des équipes (favorise la gestion du changement)
- Revoir la gestion des inventaires dans un souci d'accessibilité et de prévention des infections
- S'assurer du respect des standards de salubrité

### **Chapitre 9 – Service de retraitement des dispositifs médicaux**

#### Domaines d'excellence :

- Structure d'encadrement avec l'adjointe à la DSI et le conseiller en URDM
- Système de traçabilité informatisé de « ChronoMedic » pour Gatineau et Hull
- Formation spécifique selon le milieu urbain et rural
- L'expertise

#### Principales opportunités d'amélioration :

- Poursuivre l'implantation du système de traçabilité dans l'ensemble des milieux
- S'assurer de l'arrimage avec les unités satellites de retraitement (endoscopie)
- Soulever les éléments de non-conformité dans la planification de travaux de réaménagement

### **Chapitre 10 — Gestion du circuit du médicament**

#### Domaines d'excellence :

- Plan stratégique du département de pharmacie bien respecté avec tableau de suivi
- Vigilance entourant le processus de saisie de l'ordonnance
- Efforts déployés pour la mise en œuvre de plusieurs procédures
- Premier technicien en pharmacie oncologique au Québec

#### Principales opportunités d'amélioration :

- Poursuivre le pilotage de la plateforme de gestion de la pharmacie «Gesphar»
- Harmoniser les pompes volumétriques et leurs bibliothèques intelligentes
- Poursuivre les efforts pour le recrutement d'un microbiologiste-infectiologue (POR)
- Porter une attention aux différentes abréviations et symboles qui ne doivent pas être utilisés (POR)

### **Soins centrés sur les personnes**

## **Aperçu de l'amélioration de la qualité**

Sur le plan de l'amélioration continue de la qualité, il y a eu une évolution positive en ce qui a trait aux outils à disposition pour permettre la vigie de la prestation des soins et les meilleures pratiques. L'effort à avoir la vision intégrée touchant soit la gestion des risques et l'amélioration continue est débuté et la prochaine étape va inclure de façon plus incisive les risques organisationnels. Il y a une préoccupation constante de faire la bonne chose au bon moment pour le bon usager. La culture de la mesure s'installe à petits pas et est très présente au niveau stratégique et moins au niveau opérationnel. L'établissement est encouragé à promouvoir la culture de l'innovation. Les équipes commencent à proposer des projets d'amélioration de la qualité des soins. Il faudra s'assurer que l'enthousiasme est soutenu par de l'accompagnement pour bien intégrer et assurer sa pérennisation.

Le volet d'amélioration est aussi présent dans les autres services non cliniques et démontre le virage en cours vers la recherche de la pertinence et l'optimisation.

Enfin, en ce qui concerne les réalisations, le CISSS de l'Outaouais est particulièrement fier d'être reconnu pour ses activités en gestion de proximité avec la désignation de directeurs pour les réseaux locaux de services du territoire qui renforcent le lien avec ces communautés et d'avoir l'engagement des parties prenantes. Ce nouveau rapprochement avec ces communautés est hautement apprécié.

## Aperçu du programme

En 2018, Agrément Canada fut mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS pour réaliser la démarche d'agrément des Établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS du Québec pour une période de dix ans (2018-2028). La démarche d'agrément proposée par Agrément Canada est une version du programme Qmentum<sup>MD</sup> adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et des services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'établissement et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et qui peut impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec<sup>MC</sup> repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans les soins de santé et de services sociaux du réseau québécois. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme au sein du RSSS du Québec, le programme d'agrément adapté se déroule en deux périodes de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028). Chaque cycle d'agrément comprend cinq séquences. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services du RSSS ou de normes organisationnelles et transversales.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'administration de sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit : 1 le fonctionnement de la gouvernance; 2 l'expérience de l'utilisateur; et, 3 les perceptions du personnel en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité. La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever.

Le manuel d'évaluation à l'appui des méthodes d'évaluation de même que les résultats présentés dans ce rapport, est divisé en chapitres. Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

## Décision d'agrément:

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

Le statut d'agrément est :

### Agréé - Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais est agréé suite à son évaluation au cycle 1 du programme Qmentum Québec et jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, à la suite du cycle 2.

L'établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

# Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

Le tableau suivant présente un résumé des installations évaluées lors de la visite sur place de l'établissement.

**Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place**

Installation	Chapitre
CENTRE D'HÉBERGEMENT LIONEL-ÉMOND	Programme de prévention et de contrôle des infections
CENTRE D'HÉBERGEMENT LIONEL-ÉMOND	Gestion du circuit du médicament
CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA PÊCHE	Programme de prévention et de contrôle des infections
CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA PÊCHE	Gestion du circuit du médicament
CHSLD DU PONTIAC	Programme de prévention et de contrôle des infections
CHSLD DU PONTIAC	Gestion du circuit du médicament
CISSS de l'Outaouais, siège social	Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population
CISSS de l'Outaouais, siège social	Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
CISSS de l'Outaouais, siège social	Leadership – Gestion de la qualité et des risques
CISSS de l'Outaouais, siège social	Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
CISSS de l'Outaouais, siège social	Télésanté
CLSC DE VALLÉE-DE-LA-LIÈVRE	Programme de prévention et de contrôle des infections
CLSC DE VALLÉE-DE-LA-LIÈVRE	Gestion du circuit du médicament

<b>Installation</b>	<b>Chapitre</b>
CLSC SAINT-RÉDEMPTEUR	Programme de prévention et de contrôle des infections
HÔPITAL DE GATINEAU	Services de retraitement des dispositifs médicaux
HÔPITAL DE GATINEAU	Gestion du circuit du médicament
HÔPITAL DE HULL	Programme de prévention et de contrôle des infections
HÔPITAL DE HULL	Services de retraitement des dispositifs médicaux
HÔPITAL DE HULL	Gestion du circuit du médicament
HÔPITAL DE MANIWAKI	Programme de prévention et de contrôle des infections
HÔPITAL DE MANIWAKI	Services de retraitement des dispositifs médicaux
HÔPITAL DE MANIWAKI	Gestion du circuit du médicament
HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET	Programme de prévention et de contrôle des infections
HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET	Gestion du circuit du médicament
HÔPITAL ET CHSLD DE PAPINEAU	Programme de prévention et de contrôle des infections
HÔPITAL ET CHSLD DE PAPINEAU	Services de retraitement des dispositifs médicaux
HÔPITAL ET CHSLD DE PAPINEAU	Gestion du circuit du médicament
HÔPITAL ET CHSLD DU PONTIAC	Programme de prévention et de contrôle des infections

Installation	Chapitre
HÔPITAL ET CHSLD DU PONTIAC	Gestion du circuit du médicament
HÔPITAL ET CHSLD MÉMORIAL DE WAKEFIELD / WAKEFIELD MEMORIAL HOSPITAL	Programme de prévention et de contrôle des infections
HÔPITAL ET CHSLD MÉMORIAL DE WAKEFIELD / WAKEFIELD MEMORIAL HOSPITAL	Gestion du circuit du médicament
MAISON DE NAISSANCE DE L'OUTAOUAIS	Programme de prévention et de contrôle des infections
MAISON DE NAISSANCE DE L'OUTAOUAIS	Gestion du circuit du médicament
Résidences à assistance continue (RAC) Résidence 220 Robert-Wright	Programme de prévention et de contrôle des infections
Résidences à assistance continue (RAC) Résidence 220 Robert-Wright	Gestion du circuit du médicament
SAD (soutien à domicile) Vallée-de-la-Lièvre	Programme de prévention et de contrôle des infections
SAD (soutien à domicile) Vallée-de-la-Lièvre	Gestion du circuit du médicament
Santé publique - CISSS de l'Outaouais	Santé publique

## Résultats 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.

**Tableau 2 : Résultats de l'établissement par dimension de la qualité.**

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.)	35	0	0	35
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	15	2	0	17
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	12	0	0	12
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	20	2	0	22
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	39	2	0	41
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	178	14	1	193
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	186	30	3	219
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	46	2	0	48
<b>Total</b>	<b>531</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	<b>587</b>

## Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

**Tableau 3: Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'établissement**

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Gestion du circuit du médicament	Gérance des antimicrobiens	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées	2 / 5	40.00%
Gestion du circuit du médicament	Médicaments de niveau d'alerte élevé	5 / 5	100.00%
Gestion du circuit du médicament	Sécurité liée aux narcotiques	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique	5 / 5	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Divulgarion des incidents liés à la sécurité des usagers	6 / 6	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Gestion des incidents liés à la sécurité des usagers	7 / 7	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Programme d'entretien préventif	4 / 4	100.00%
Leadership – Gestion de la qualité et des risques	Prévention de la violence en milieu de travail	8 / 8	100.00%
Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	Formation et perfectionnement sur la sécurité des usagers	1 / 1	100.00%
Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains	3 / 3	100.00%



Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Programme de prévention et de contrôle des infections	Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	1 / 1	100.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Retraitement	4 / 5	80.00%
Programme de prévention et de contrôle des infections	Taux d'infection	2 / 4	50.00%
<b>Total</b>		63 / 69	91.30%

## Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

### Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

#### Évaluation du chapitre : 98,9 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,1 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Le chapitre présente une vision globale sur différentes fonctions de gestion qui s'articule autour des orientations stratégiques permettant une offre de service qui garantit la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité. Le CISSS des Outaouais a entamé une réflexion tout de suite après la pandémie. Les résultats sont les priorités organisationnelles pour 2022-2025. À cet égard, l'établissement est encouragé à saisir le moment charnière de l'implantation de la Loi 15 (mise en place de Santé-Québec) pour avoir une consultation élargie sur les orientations stratégiques pour identifier les priorités du territoire de desserte du CISSS des Outaouais. Il s'agit essentiellement d'une posture organisationnelle, qui par les mandats régionaux qu'elle chapeaute, apporte une responsabilité populationnelle qui est interdépendante aux services qui sont offerts dans la communauté au bénéfice de ces plus de 400 000 résidents.

La direction générale et l'équipe de direction portent la mission, la vision, et les valeurs organisationnelles (Excellence, Partenariat, Bienveillance, Engagement) de l'établissement. Le tout est articulé autour des 7 priorités organisationnelles identifiées pour 2022-2025. Des avancées importantes sont observées en ce qui concerne certaines priorités, notamment le concept de gestion de proximité, l'utilisation des rapports des banques de données et l'amélioration continue qui apporte le changement et l'adaptation des services aux nouveaux besoins des usagers, et cela dans un environnement de prestation sécuritaire de l'offre de service. Ces principales sphères d'action sont par la suite déclinées en orientations et des projets stratégiques. Ceux-ci sont traduits dans des plans opérationnels qui ont des indicateurs de réussite.

Les services offerts sont évalués grâce à l'utilisation de tableaux de bord qui permettent d'avoir de l'information en temps réel et contribuent à une prise de décision éclairée et en temps opportun.

Il est aussi important de mentionner que l'établissement veut promouvoir la culture participative et la synergie des différents acteurs dans la prestation de soins de santé. Dans cette perspective, il sera important de revoir les actions prioritaires et importantes dans l'octroi des services pour permettre de dégager le temps nécessaire à cette importante activité qui touche les déterminants de la santé. Le défi sera de promouvoir et de valoriser l'approche sur l'ensemble du territoire de manière équilibrée et uniforme, impliquant toutes les branches et tous les niveaux professionnels, quel que soit le lieu géographique.

Le suivi opérationnel se fait au comité de direction. Les plans opérationnels sont bien alignés avec les priorités. Il y a un travail de cartographie des projets qui détermine la pondération de différents aspects organisationnels et l'évaluation du ratio gain\impact. Le but est d'objectiver la priorisation des projets permettant un choix judicieux.

En ce qui concerne les pistes d'amélioration, l'établissement est encouragé à continuer de promouvoir la place de l'utilisateur partenaire dans les comités décisionnels pour apporter la «voix du patient» dans l'équation de l'organisation des services.

La pratique organisationnelle requise touchant le cheminement des usagers est conforme. Plusieurs comités sont en place (Comité opérationnel de la fluidité hospitalière, Comité arrimage clinique régional, pour en nommer quelques-uns); ils sont encadrés avec une politique visant à assurer que l'utilisateur est au bon endroit pour recevoir les services requis par son état de santé. D'ailleurs, l'utilisation de données sur la performance (en temps réel) a eu un impact positif sur les équipes de gestion. On a noté dans les derniers mois une baisse du nombre de cas dits NSA (niveau de soins alternatifs/désignation des usagers qui n'avait plus besoin de soins actifs, mais qui occupaient dans des lits de courte durée). Les indicateurs de la DMS (durée moyenne de séjour) sont aussi en amélioration. Il demeure que sans un relais dans la continuité des services nécessaires à son rétablissement complet, l'utilisateur est toujours à risque de se retrouver à demander des soins en urgence.

L'équipe visiteuse a pu échanger avec plusieurs partenaires externes (partenaires communautaires, groupes de médecine familiale/GMF, maisons d'enseignement et instituts universitaires). La collaboration avec les maisons d'enseignement facilite le transfert des connaissances en soins de santé. C'est aussi une opportunité pour l'établissement d'influencer ces maisons d'éducation dans la planification académique pour former le personnel et promouvoir des initiatives qui adaptent les compétences de formation et de recherche aux changements culturels et sociaux actuels.

Il existe un code d'éthique et de conduite. Le comité d'éthique est interdisciplinaire et contribue aux activités de sensibilisation et d'intervention sur les dilemmes éthiques. Des informations pertinentes sont disponibles sur le site intranet de l'hôpital. Les membres du comité rencontrés reconnaissent la pertinence de développer une fonction d'accompagnement et de conseil aux équipes cliniques et on les encourage en ce sens. Parmi les défis du comité, il y a la sensibilisation élargie à des situations éthiques potentielles et les nouveaux enjeux cliniques avec un bassin de population à démographie changeante.

Le volet de l'éthique de la recherche est encadré avec une réglementation rigoureuse à respecter. Le comité de la recherche est organisé pour l'analyse des demandes qu'il reçoit et est accessible.

Finalement, l'éthique organisationnelle demeure un travail en cours et fera partie de la révision entamée qui touche le cadre de référence éthique. L'éthique organisationnelle prend notamment en compte les techniques de management, les styles de leadership, les politiques institutionnelles, le climat éthique des organisations de soins hospitaliers et autres. C'est un peu un idéalisme de valeurs contextualisé dans la réalité de tous les jours des établissements de santé. C'est aussi un nouveau rôle qu'assume chaque employé, gestionnaire et directeur. Le comité est encouragé à poursuivre la réflexion sur ce sujet.

Le contexte socioculturel de l'établissement favorise une attention particulière aux sujets relatifs à la diversité, l'inclusion et la sécurité culturelles. Sur le territoire il y a des communautés autochtones, un réseau local à forte expression anglaise. Le CISSS de l'Outaouais a entamé la rédaction des lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et de genre. D'ailleurs, en termes de gestion de proximité, le CISSS de l'Outaouais a été innovateur avec la création de 4 directeurs de réseaux locaux de services (RLS) qui ont pour but de favoriser la prise de décision en fonctions des spécificités des territoires. Cette approche favorise la consolidation des liens avec les acteurs de la communauté. De plus, les comités territoriaux sont en partenariat avec les municipalités régionales de comté (MRC) et sont composés de représentants de la communauté. Il s'agit d'une belle réussite qui mérite d'être soulignée.

La direction stratégique est consciente que la communication régulière et efficace avec les parties prenantes est importante. Dans une optique de saine collaboration, une direction des communications et des relations avec les partenaires a été créée depuis la dernière visite d'agrément afin de communiquer la bonne information, source de rassurance. De nombreux outils de communication servent à informer les usagers et les différents intervenants, tant à l'interne qu'à l'externe (ex. : affichage, brochures, site web, réseaux sociaux, intranet, ce dernier est en révision). La direction des communications est encouragée à poursuivre les sondages sur la communication effectuée sur les différentes plateformes à disposition des utilisateurs. Ces sondages permettront de dégager des zones d'amélioration qui pourront faire l'objet d'un suivi de la part des gestionnaires responsables. Il est suggéré d'y attacher des cibles mesurables pour permettre l'évaluation en temps et lieu de l'outil utilisé pour rejoindre un public cible et atteindre son but.

Pour le volet de développement durable et gestion écoresponsable, l'établissement a voulu prioriser ce

volet avec un encadrement et la création d'un comité stratégique de développement durable. Il existe une planification triennale (2023-2026) avec un registre interactif des initiatives. De plus, le souci du développement durable et l'écoresponsabilité ont influencé les plans structuraux des matériels utilisés et de l'aménagement (culturellement responsable) de la maison des aînés qui va être bâti à Maniwaki.

L'évolution vers des soins centrés sur la personne qui sont progressivement déployés dans l'établissement fait également partie des engagements de la direction. L'approche est surtout évidente avec le concept de milieu de vie. Des partenariats et de la formation ont eu lieu. Le défi est maintenant de pérenniser l'approche humaniste et de le déployer en interdisciplinarité dans tout le CISSS.

Considérant le contexte actuel, l'équipe de direction reconnaît l'importance d'une stratégie de gestion des changements afin d'assurer la sécurité et la continuité des opérations dans l'établissement. Cet aspect demeurera l'une des conditions capables d'entraîner un effet mobilisateur pour l'ensemble des collaborateurs et partenaires.

#### **Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population**

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.10.6	Les gestionnaires de l'établissement mettent en place un plan intégré d'amélioration de la qualité en collaboration avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin de coordonner les activités d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'établissement.	Priorité élevée

# Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

## Évaluation du chapitre : 94,4 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 5,6 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

Ce chapitre permet de voir la planification, le déploiement et la gestion des différents secteurs en tenant compte des priorités organisationnelles. Il permet également d'évaluer les pratiques de gestion en ce qui concerne la sécurité informationnelle, le recrutement et les stratégies mises de l'avant pour assurer une main-d'œuvre compétente, engagée et à l'image de la communauté.

La direction des ressources humaines est soucieuse d'offrir un milieu de travail sain et sécuritaire. Diverses stratégies et initiatives sont élaborées pour aider le personnel à prendre en charge leur santé et aider à la conciliation du travail et de la vie personnelle. L'établissement adopte une gestion intégrée de la santé organisationnelle. Plusieurs initiatives sont en place, par exemple le Programme des Bienveillers, qui compte plus de 900 personnes, est un exemple de vigie au quotidien qui s'effectue partout dans le CISSS de l'Outaouais. L'établissement s'assure d'offrir de la formation et du perfectionnement sur différentes thématiques ayant trait à la sécurité des usagers. Cette pratique organisationnelle (POR) est conforme.

Il existe plusieurs politiques de gestion des ressources humaines qui ont été révisées et mises à jour depuis 2022 à la suite de l'identification des priorités organisationnelles. La direction est encouragée à outiller les jeunes gestionnaires dans une optique de reconnaître les signes précurseurs de stress psychologique qui peut être présent chez les employés.

Un secteur qui mérite une amélioration est l'application de la pratique entourant la rencontre portant sur l'évaluation de la contribution au rendement. Il est suggéré que la conformité à la politique soit plus rigoureuse. Il s'agit d'un outil qui permettra de mieux encadrer le développement et de donner de la rétroaction à l'employé. De plus, cela permet d'effectuer un recensement des besoins de formation.

Les dossiers d'employés consultés contenaient des attestations d'appartenance à l'ordre professionnel et le permis de pratique, le cas échéant, ainsi que d'autres éléments qu'on s'attendrait à avoir dans le dossier. Il y a une vérification du casier judiciaire avant l'embauche. La gestion des dossiers mérite une réflexion sur les prochaines étapes en matière de gouverne. Actuellement, le dossier de l'employé a trois composantes, une sous format papier, une sous format numérique touchant le volet santé et une autre traitée par un logiciel différent pour le perfectionnement professionnel. La direction étudie un projet de numérisation; un processus de transition vers le dossier électronique est souhaité afin de promouvoir le développement durable. Pour le moment, la direction des ressources humaines est encouragée à faire avancer le projet pilote d'un « guichet centralisé des demandes » qui permettrait le triage et l'acheminement approprié des demandes des employés. L'emplacement des dossiers des employés est centralisé et sécuritaire, ce qui permet le respect de la confidentialité des renseignements personnels.

Les outils de suivi des plans d'action de la direction des ressources humaines, tout comme d'autres plans d'action de l'établissement visant à actualiser une culture de qualité, devront être peaufinés pour inclure des objectifs SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, temporellement définis) pour permettre un suivi objectif de l'avancement des travaux. Ces indicateurs devraient permettre d'orienter les efforts de recrutements qui sont un enjeu majeur pour le secteur de la santé. Il y a un programme d'accueil structuré pour les employés, et l'établissement est encouragé à s'assurer d'y inclure le volet diversité, inclusion et sécurisation culturelle ainsi que le volet ethnoculturel. L'établissement est félicité pour sa programmation et les différentes initiatives pour la reconnaissance des employés et est

encouragé à tenir compte du contexte changeant intergénérationnel.

Le milieu est conscient de l'importance du respect de la confidentialité et des activités de sensibilisation sont prévues à cet effet. Une politique relative à la sécurité de l'information est élaborée et divers mécanismes de contrôle en découlent. Une politique et des procédures d'accès au dossier de l'utilisateur sont disponibles sur le site web de l'établissement.

Toutes les politiques et procédures et tous les mécanismes de surveillance sur la confidentialité et la sécurité des systèmes d'information et de protection des données sont en place. Le principe de l'approche centrée sur l'utilisateur en matière d'information est apparent dans les différentes communications. Il y a un gestionnaire qui est responsable de la sécurité informationnelle. D'ailleurs, les services informatiques ont un plan de transformation numérique 2023-2027 qui tient compte des besoins exprimés par les différentes directions.

L'équipe de gestion des ressources humaines est encouragée à continuer dans l'appropriation des outils informatiques à leur disposition afin de maîtriser l'état de situation de leurs ressources.

Pour le volet des ressources financières et des priorités de développement, celles-ci sont décidées en lien avec les priorités établies 2022-2025. Il existe un processus structuré de planification et de gestion des ressources budgétaires entre les services administratifs et la direction générale. Les services administratifs procèdent à la préparation du budget. Pour le moment, il ne s'agit pas d'un budget à l'activité, mais plutôt d'un mélange entre la volumétrie et l'historique.

Le cycle budgétaire (budget de fonctionnement et budget d'investissement) est bien défini et géré de manière rigoureuse. Dans le cadre de ce processus de budgétisation, la direction des finances collabore de près avec l'ensemble de l'équipe de direction. L'allocation des ressources est basée sur des critères bien établis et tient compte des priorités cliniques et stratégiques. L'imputabilité du suivi budgétaire repose principalement sur la haute direction, mais il y a une coresponsabilité dans les suivis. Il y a des vérifications internes permettant de vérifier la conformité aux lois et règlements régissant la gestion des ressources.

Un contrôle financier étroit de l'utilisation des ressources est effectué, ce qui n'empêche pas qu'on fasse des ajustements lorsque ceux-ci sont justifiés. Les gestionnaires qui s'occupent des achats et approvisionnements ont un cadre normatif qui inclut une série de procédures à suivre permettant le respect d'une saine gestion de fonds public dans l'octroi de contrats.

Plusieurs politiques et procédures encadrent la gestion des ressources matérielles. Parmi les défis de l'établissement, il y a celui de conserver la capacité de se doter des infrastructures adéquates à l'accomplissement de ses mandats, et cela, tenant compte du contexte de postpandémie relié au coût des matériaux et à la rareté de main-d'œuvre. L'évolution vers des soins centrés sur la personne qui sont progressivement déployés dans l'établissement fait également partie des engagements dans les projets de rénovation et de construction. Le CISSS de l'Outaouais s'est doté d'un plan d'inspection des infrastructures qui est associé à un plan de contingence au besoin. Le bureau de projet est présent pour s'assurer que les travaux impliquant le maintien des actifs, les rénovations fonctionnelles ainsi que les grandes orientations sont coordonnés afin de maintenir une structure organisationnelle fonctionnelle qui continue à octroyer des services à la population. Finalement, il convient aussi de souligner l'engagement du CISSS de l'Outaouais à limiter son empreinte écologique dans le respect de ses ressources et de son cadre financier. Ceci réalisé par l'entremise de différents projets, par exemple : le mesurage automatisé des consommations énergétiques des installations du CISSS, le partenariat avec le bureau de projet en ce qui a trait aux impacts sur la consommation énergétique et les émissions de gaz à effet de serre.

**Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles**

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.3.1	Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers et les personnes proches aidantes pour déterminer les caractéristiques et les valeurs clés requises pour tous les titres d'emploi, conformément à une approche de soins centrés sur la personne.	Priorité normale
3.3.10	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques et des procédures au sujet de la gestion du rendement de la main-d'œuvre et interviennent face aux enjeux soulevés.	Priorité normale

## Leadership – Gestion de la qualité et des risques

### Évaluation du chapitre : 98,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,7 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Ce chapitre définit les responsabilités et les fonctions des gestionnaires en matière de gestion des risques au sein de l'établissement et des moyens que ces derniers doivent mettre de l'avant pour assurer aux usagers une prestation de soins et services sécuritaire et de qualité et pour soutenir les projets et les initiatives qui visent l'amélioration continue de la qualité. D'ailleurs, une bonne compréhension des risques liés à la santé et à la sécurité de la part des gestionnaires permet à toute personne d'être proactive pour ce qui est de repérer les situations à risque et de veiller à mettre en œuvre des mesures préventives et correctives afin de résoudre ou d'atténuer ces situations.

Dans ce contexte, ce chapitre contient plusieurs pratiques organisationnelles requises (POR) qui touchent la santé organisationnelle, mais aussi des pratiques sécuritaires pour l'offre de services auprès de la population.

Les ressources sont allouées pour doter le service qualité de plusieurs qualifiés qui interviennent à titre-conseil dans l'ensemble de l'établissement. Le volet de la gestion des risques ainsi que l'analyse des insatisfactions des usagers (par le Commissaire aux plaintes et la qualité des services, Médecin examinateur), les rapports du Protecteur du citoyen, les rapports des différents ordres professionnels et des rapports de Coroner sont des éléments qui ajoutent au levier d'amélioration continue à la sécurité des soins.

Une politique relative à la prévention de la violence en milieu de travail (qui est une POR) a été élaborée. Elle fait référence aux menaces provenant d'un usager ou d'un collègue et précise les axes préventifs, ainsi que les mécanismes d'accompagnement des victimes et d'enquête. De la sensibilisation est effectuée et l'établissement est invité à continuer ses stratégies de communication à cet égard. Il existe un programme d'aide psychologique externe qui est disponible aux employés. De plus, le Programme Bienveillants, de la formation et des journées de sensibilisation sont au rendez-vous permettant une vigie continue sur cet aspect. La POR est conforme.

La politique touchant la gestion des incidents liés à la sécurité des usagers a été élaborée avec l'apport d'un usager partenaire qui est aussi présent au comité de gestion des risques. Plusieurs activités de sensibilisation et de formation sont offertes incluant une boîte à outils facilement accessible par intranet. Le soutien est aussi apporté aux gestionnaires pour les outiller de manière à avoir une autonomie de vigie touchant non seulement les statistiques, mais aussi l'analyse des causes afin d'éviter la récurrence des accidents. Les déclarations d'événements indésirables sont analysées systématiquement et de la rétroaction est portée. Les personnes rencontrées reconnaissent la nécessité de consolider les pratiques de déclaration des événements indésirables et la pertinence de porter une attention particulière aux accidents et incidents. De plus, des procédures d'analyse approfondie permettent d'aller identifier les causes souches des incidents et apporter des actions correctives ciblées. Un outil informatique est disponible pour s'assurer du suivi en temps réel de la situation. De plus, les indicateurs démontrent qu'il y a des améliorations en termes d'analyses effectuées et actions prises. Tous les critères de ce POR sont conformes.

De même, pour le POR touchant la divulgation des incidents liés à la sécurité, l'effort de contribution du volet médical dans l'approche est noté pour la divulgation primaire ainsi que secondaire. Parmi les traceurs il y a eu l'analyse d'un événement sentinelle et il a été possible d'apprécier l'étendue de la démarche de divulgation, la contribution de la rétroaction de l'utilisateur et la manière dont l'incident a



apporté des modifications auprès du CISSS. Cette POR est aussi conforme.

Une politique touchant la sécurisation culturelle, la diversité et l'inclusion ainsi que le volet ethnoculturel est en élaboration. Il y a une formation pour les gestionnaires pour le management ethnoculturel. L'établissement est encouragé à élaborer des outils qui seront utiles aussi pour les employés, car la réalité est que les équipes sont de plus en plus diversifiées et des outils de sensibilisation aux compétences ethnoculturelles sont importante dans une vision de gestion intégrée des risques. Le volet de la maltraitance a aussi été revu en tenant compte des nouvelles directives ministérielles et de l'élargissement du champ d'intervention. Il existe une bonne collaboration entre le bureau du commissaire et les différentes directions dans le but d'amélioration des services auprès des usagers.

Le bilan comparatif des médicaments est une priorité organisationnelle et son application est adaptée au contexte et au milieu. Il y a une politique-cadre avec des procédures spécifiques pour les milieux. Cette POR est conforme au niveau administratif.

La POR sur le programme d'entretien préventif est bien encadrée avec une politique et l'outil de Gestion de Maintenance assistée par ordinateur (GMAO). Les entretiens préventifs sont programmés avec un plan cyclique annuel et il y a en place un mécanisme pour permettre d'évaluer l'efficacité de l'entretien préventif. Pour une partie du parc d'équipement, l'entretien est effectué avec des contrats de service externes avec rapport de suivi. Il y a aussi une vigie continue sur les alertes et rappels reliés aux équipements médicaux. Cette POR est conforme.

L'établissement dispose de plusieurs autres plans d'action pour actualiser une culture de qualité, notamment un plan en lien avec les pratiques organisationnelles requises et des plans permettant la gestion des risques à tous les niveaux. L'établissement est invité à continuer les efforts déjà entamés dans le but de consolider des plans d'action qui souvent ont des actions qui se chevauchent et n'ont pas d'indicateurs SMART permettant un suivi d'avancement des travaux. En bref, une approche transversale avec le volet de pratique clinique peut apporter des résultats constructifs.

De façon générale, l'établissement est encouragé à inclure un usager partenaire dans différents comités pour bénéficier de l'apport du point de vue de l'usager dans l'amélioration continue et la prestation sécuritaire des soins et services.

L'approche intégrée de gestion des risques et qualité est en révision. Cela a permis aussi de revoir la cartographie des risques existants, de la mettre à jour et d'actualiser le programme en regard de l'inventaire des risques organisationnels et des mesures d'atténuation. L'établissement est encouragé à reprendre le « bâton du pèlerin » pour diffuser l'information aux équipes de afin qu'ils s'approprient les risques identifiés et les actions d'amélioration et aussi les responsabiliser en ce qui a trait à l'effort collectif à faire pour assurer une prestation sécuritaire des soins. Dans cette même optique, la poursuite de l'implantation de la stratégie LEAN dans tous les secteurs avec des salles de pilotage (stratégique, tactique, et opérationnelle) est fortement encouragée.

Des analyses prospectives seraient aussi suggérées pour certains secteurs plus à risque afin de stimuler une pensée critique globale identifiant les endroits où l'amélioration pourra être apportée. Plusieurs audits de qualité sont réalisés annuellement sur plusieurs thématiques et il y a une rétroaction auprès des équipes pour permettre d'apporter des correctifs au besoin.

**Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Leadership – Gestion de la qualité et des risques**

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.4	Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique de non-discrimination visant à contrer la stigmatisation et la discrimination.	Priorité élevée

# Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

## Évaluation du chapitre : 87,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 12,9 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

### Résultats de l'évaluation :

La coordination des mesures d'urgence et de la sécurité civile a relevé plusieurs défis au cours des dernières années; inondations, tornades, pandémie, etc. Autant de situations qui ont permis à cette équipe de consolider ses façons de faire à l'interne et avec les partenaires.

En effet, il a été possible de constater la forte capacité de l'équipe à travailler en partenariat avec les autres directions et avec tous les partenaires institutionnels concernés. L'équipe est invitée à poursuivre ses actions pour faire connaître son offre de services aux partenaires externes et internes lors d'aléas. Bien que cette coordination soit dotée de peu de ressources, elle a réussi, avec la collaboration de la direction des ressources humaines à déployer des formations pertinentes. Elle a aussi établi un calendrier concernant la réalisation d'exercices de simulation des différents codes d'urgence et s'assure de leur exécution.

L'équipe des mesures d'urgence et de la sécurité civile travaille de près avec l'équipe d'intervention psychosociale qui doit se rebâtir et être formée pour pouvoir agir avec aisance et selon les bonnes pratiques dans les situations d'urgence.

L'équipe a mis en place plusieurs processus ou algorithmes décisionnels visant à clarifier la prise de décision et les trajectoires en contexte de situations d'urgence. Elle a également créé un arrimage solide avec l'équipe des communications afin d'assurer une diffusion rapide et efficace des informations et de messages en situation d'urgence.

L'équipe est déjà mobilisée dans une démarche pour réviser ou élaborer les plans et les procédures essentielles de mesures d'urgence et sécurité civile. Elle est fortement encouragée à intensifier cette démarche de formalisation notamment au chapitre de la gestion du cheminement, de l'accès et de la sécurité lors de situations d'urgence et de sinistres, du réapprovisionnement de médicaments, de fournitures médicales et non médicales incluant l'équipement de protection individuelle, en fonction de la reprise des activités, après des situations d'urgence et de sinistre et de l'accès ou l'orientation vers des soins et des services de santé mentale pour la main-d'œuvre et les usagers après des situations d'urgence et de sinistre afin de faciliter le rétablissement.

### Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.3.5	Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition de l'équipe des procédures pour gérer le cheminement, l'accès et la sécurité lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.4.2	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour la reprise des activités en toute sécurité et pour le retour aux prestations de soins et services régulières après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.4.3	Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour le réapprovisionnement de médicaments, de fournitures médicales et non médicales, incluant l'équipement de protection individuelle en fonction de la reprise des activités après des situations d'urgence et de sinistres.	Priorité normale
5.4.7	Les gestionnaires définissent les procédures qui faciliteront l'accès ou l'orientation vers des soins et services de santé mentale pour la main-d'œuvre et les usagers après des situations d'urgence et de sinistres afin de faciliter le rétablissement.	Priorité normale

## Santé publique

### Évaluation du chapitre : 90,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 9,4 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

La Direction de santé publique (DSPU) du CISSS de l'Outaouais repose l'ensemble de ses activités sur le Plan d'action régional 2016-2020 et son tableau synoptique 2023-2025 qui incluent les buts, objectifs et services offerts. De plus, la DSPU s'est dotée d'un premier Plan de surveillance qui a été précédé d'une vaste consultation intradirection, auprès des autres directions et des partenaires de la communauté. L'équipe visiteuse a été à même de constater que les équipes de la direction sont soucieuses de rejoindre les usagers et les populations les plus vulnérables et de leur donner une voix afin de leur offrir l'opportunité d'exprimer leurs besoins et ainsi de permettre à la DSPU d'ajuster ses services.

Au cours de la pandémie COVID-19, la DSPU a consolidé ses équipes pour répondre aux impératifs de cette crise. Elle a fait une utilisation optimale des budgets pandémiques pour développer et consolider sa structure organisationnelle. Ainsi, plusieurs services ont accueilli de nouvelles ressources. Cette arrivée de nouveau personnel a représenté à la fois un soulagement et une grande satisfaction, mais du même souffle, a apporté son lot de défis en matière d'intégration des ressources, de structuration et de programmation des différentes activités.

Aujourd'hui, les recrues de la santé publique bénéficient d'un programme d'accueil et d'orientation complet incluant des formations, de l'accompagnement et du mentorat. Cette stratégie a permis à ces nouvelles équipes de se déployer dans les communautés pour offrir une gamme de services afin de réduire les inégalités sociales de santé. Partant du développement global des enfants et des jeunes et de l'adoption de modes de vie et de la création d'environnements sains et sécuritaires, en passant par la prévention des maladies infectieuses, la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux situations d'urgence, la DSPU a créé des collaborations dynamiques et constructives avec les différents partenaires de la communauté. Tant le monde du communautaire, du municipal, de la sécurité publique que de l'éducation témoigne de l'engagement des intervenants (médecins, gestionnaires et professionnels), de leur professionnalisme et de leur désir de travailler en réelle concertation. Il en va de même pour les autres directions du CISSS collaborant avec la DSPU. En effet, bien que les équipes consolidées soient relativement jeunes, il a été possible de constater que plusieurs projets et activités ont été mis en place avec d'autres directions cliniques. À titre d'exemples, les cliniques de vaccination de masse, les services en périnatalité et en petite enfance, les services en milieu scolaire ou auprès des personnes toxicomanes ou itinérantes. Voilà autant d'exemples où la synergie interdirections a un impact réel sur la qualité et l'efficacité des services auprès de ces clientèles vulnérables. En ce sens, la DSPU est fortement encouragée à poursuivre ses efforts de collaboration pour que la santé publique soit encore plus, l'affaire de tous.

Pour la santé publique, l'usager c'est beaucoup plus qu'un individu. L'usager c'est une école, un quartier, une usine, une ville, etc. Dans cette logique, la DSPU considère la population comme un usager et l'approche comme une population partenaire. Ainsi, la DSPU travaille avec différentes tables de concertation composées de citoyens, de représentants d'organismes et le représentant de diverses institutions afin de circonscrire des problèmes et d'élaborer ensemble des solutions pérennes où tous les acteurs peuvent apporter leur contribution. La DSPU accorde une grande importance aux communications avec la population et les partenaires. Elle s'assure que les informations se font au bon moment, auprès des bonnes personnes et de la meilleure manière. Elle veille à ce que les messages soient justes et faciles à comprendre. Elle fait aussi attention à ce que les données présentées aux instances soient pertinentes et favorisent la détermination des orientations. La DSPU, dans le contexte actuel, fait face à quelques défis et enjeux. Le premier défi est celui du maintien de ses ressources afin

de poursuivre sa consolidation, car de fait, la qualité de ses services et ses partenariats sont liés au maintien et au développement des équipes. Les nouvelles équipes ont pour défi de poursuivre leur structuration en formalisant leurs processus et procédures et en structurant un plan de formation aligné sur les priorités. Quant aux activités de santé publique, une attention particulière serait attendue au chapitre de l'évaluation puisque la DSPU ne s'est pas encore dotée d'un Plan d'évaluation et d'amélioration continue. Cependant, il a été possible de constater que plusieurs équipes effectuaient des bilans d'activités, des démarches d'appréciation de certains services ou programmes (ex. évaluation des partenariats, sondages sur l'amélioration des processus de surveillance) ou des évaluations d'impacts. Ceci permet de croire que les membres de la DSPU possèdent une culture d'évaluation qui pourrait être structurée dans un plan formel et global. Par ailleurs, la DSPU est félicitée pour avoir élaboré un Plan de réponse aux urgences de santé publique en avril 2024. Il est recommandé à la direction de s'assurer de l'intégration de ce plan au sein de ses équipes et auprès de la coordination des mesures d'urgence et de la sécurité civile.

L'équipe visiteuse ne peut conclure ce rapport sans parler de l'enjeu de la dotation et de celui du financement et de reddition de compte des organismes communautaires. Au chapitre de la dotation, étant donné les problèmes frontaliers et l'expertise attendue en santé publique, il apparaît pertinent de porter un regard sur le processus de dotation afin de mieux cibler cette expertise et de permettre d'identifier plus efficacement ces précieuses ressources. Quant à l'enjeu du financement des organismes communautaires, il serait à propos de faire les démarches nécessaires auprès des autorités concernées d'une part, pour simplifier les redditions de comptes et d'autre part, de donner des échéances plus raisonnables aux organismes communautaires pour dépenser les fonds qui leur sont attribués, car ces pressions ont un impact négatif sur l'efficacité, voire sur la continuité de ces services qui sont importants pour les communautés.

**Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Santé publique**

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.8	La Direction de santé publique définit les besoins sur le plan des ressources humaines pour la mise en œuvre du plan d'action régional.	Priorité normale
6.1.13	La Direction de santé publique, en collaboration avec la Direction des ressources humaines de l'établissement, offre des possibilités de formation continue, de perfectionnement et de développement professionnel, à tous les membres de son équipe.	Priorité normale
6.3.21	La Direction de santé publique maintient un plan de mobilisation des ressources en cas de menace à la santé de la population.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.5.1	La Direction de santé publique se dote d'un plan d'évaluation compréhensif qui couvre un suivi d'implantation de ses services, une évaluation du fonctionnement et de la mise en œuvre et une évaluation des résultats obtenus en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population et des sous-groupes qui la composent.	Priorité élevée
6.5.2	La Direction de santé publique réalise son plan d'évaluation de façon rigoureuse.	Priorité normale

## Télésanté

### Évaluation du chapitre : 97,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 2,3 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Le Centre de santé et des services sociaux de l'Outaouais a mis en place, avec brio, une structure fonctionnelle de télésanté qui comprend notamment des politiques et des procédures, des outils de priorisation/sélection des usagers, des outils de communications destinés tant aux usagers qu'aux intervenants, des plans de contingence en situation de pannes ou de bris, des plans de contingence en situation clinique urgente, des plans d'amélioration continue et des procédures de gestion des renseignements personnels et de confidentialité des données.

L'aspect novateur est que tous ces outils s'articulent autour d'un même portait permettant de soutenir les activités de télésanté, et ce, au bénéfice de la population de l'Outaouais et du Québec. De fait, certains programmes de télésanté s'adressent à l'ensemble de la population du Québec (ex. : Programme d'éducation pour les usagers atteints du syndrome de la COVID longue).

Le positionnement stratégique et le dynamisme de l'équipe de coordination sont dignes de mention. La mobilisation du personnel est palpable, et ce, tant pour les cliniciens que pour les informaticiens et administrateurs.

Dans une perspective d'amélioration de la qualité, les équipes sont invitées à consolider leurs mécanismes de communication avec le référent et à peaufiner les liens avec les archives de l'établissement. Il est à noter qu'un dossier interne informatisé est mis en place, il serait pertinent de mieux l'arrimer avec le dossier de l'utilisateur déposé aux archives de l'établissement afin que les notes d'évolution de la consultation en télésanté puissent bénéficier à l'ensemble des intervenants.

#### Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Télésanté

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.2.17	Les équipes consignent les informations pertinentes des interactions de télésanté dans le dossier de l'utilisateur.	Priorité normale



## Programme de prévention et de contrôle des infections

### Évaluation du chapitre : 90,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 9,9 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Depuis la dernière visite, en raison de la pandémie mondiale de COVID-19, le Centre de santé et des services sociaux de l'Outaouais a connu une augmentation significative de son équipe de Prévention et contrôle des infections passant ainsi de 7 à 15 personnes.

Cet accroissement a permis de consolider la structure fonctionnelle de prévention des infections, de revisiter les politiques et procédures, de mettre en place un programme de prévention et contrôle des infections, de développer des mécanismes de suivi quotidien des éclosions et des indicateurs de prévalence et d'incidence épidémiologique (Tableau de bord) et de diffuser trimestriellement ces résultats.

Certaines politiques et procédures sont en développement (ex. : La procédure sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical). Des mécanismes de communication aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux personnes proches aidantes gagneraient à être développés afin de créer un levier de changement au sein de l'établissement.

La collaboration entre l'équipe de prévention des infections et la direction de la santé publique est digne de mention. Les rôles et responsabilités sont clairs et bien établis. Dans une perspective d'amélioration continue, l'établissement est invité à consolider son comité de gestion des antimicrobiens par la participation d'un microbiologiste.

Les intervenants rencontrés se sont dits outillés par les équipes de prévention et contrôle des infections, et ont salué leur grande disponibilité dans l'accompagnement.

Afin de pérenniser l'efficacité des interventions cliniques, il est important de s'assurer du maintien de la rigueur dans les activités veillant à la salubrité et les activités de maintenance. Les gestionnaires de salubrité rencontrés connaissent bien les défis et contingences de leur environnement; des mécanismes d'audit et de marquage sont mis en place afin de s'assurer de la qualité des activités réalisées pour veiller à la salubrité.

Une attention particulière devrait être portée au circuit du matériel propre et du matériel souillé afin d'éviter les contaminations croisées, et ce, plus particulièrement à l'Hôpital de Hull.

**Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Programme de prévention et de contrôle des infections**

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.2.9	Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.	POR
	8.2.9.1 Les équipes suivent la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	
8.2.22	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur la manipulation du matériel biologique contaminé.	Priorité élevée
8.2.23	Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'élimination des objets pointus ou tranchants.	Priorité élevée
8.2.28	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les membres de l'équipe ont accès à des éviers réservés au lavage des mains.	Priorité normale
8.3.2	L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure un suivi étroit des infections nosocomiales.	POR
	8.3.2.3 L'information sur les infections nosocomiales et les recommandations découlant de l'analyse des éclosions sont communiquées aux membres de l'équipe, à la haute direction et à l'instance de gouvernance, lorsque pertinentes.	
	8.3.2.4 L'information sur les éclosions est communiquée aux usagers, aux personnes proches aidantes, aux partenaires, aux autres établissements et à la communauté lorsqu'il est approprié de le faire.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.3.17	Le comité interdisciplinaire s'assure que les résultats d'évaluation sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux personnes proches aidantes.	Priorité normale

## Services de retraitement des dispositifs médicaux

### Évaluation du chapitre : 82,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 17,7 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

La présente visite a été effectuée à l'Hôpital de Gatineau, l'Hôpital de Hull, l'Hôpital de Papineau et l'Hôpital de Maniwaki. Le CISSS de l'Outaouais peut compter sur une équipe engagée dans l'amélioration des processus de retraitement des dispositifs médicaux et des endoscopes. Sous la responsabilité de la direction des soins infirmiers (DSI), le dossier du retraitement des dispositifs médicaux est porté par l'adjointe à la DSI.

La présence d'un conseiller clinicien dédié au secteur de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) est bénéfique. Bien que son arrivée soit récente, le travail accompli est imposant. Une mise à jour complète des politiques et procédures associée au retraitement des dispositifs médicaux et des endoscopes a été réalisée. Lors des visites de sites, il est noté que les équipes connaissent bien le conseiller et que la collaboration est bien établie. Le bureau du conseiller est même situé au sein des opérations à l'unité de retraitement de l'Hôpital de Gatineau. L'équipe est bien investie dans la mise en place de services de qualité.

Depuis la dernière visite, le recrutement du personnel qualifié en retraitement des dispositifs médicaux s'est amélioré. Il y a très peu de postes vacants et les absences sont quasi inexistantes. Le taux de rétention est important et le niveau d'expertise présent est particulièrement élevé, ce qui permet de bien soutenir les recrues.

L'ensemble des unités de retraitement des dispositifs médicaux sont des lieux propres et très bien aménagés malgré les contraintes architecturales, il y a une belle luminosité par rapport à ce habituellement observé. Le respect de la politique de tenue vestimentaire est rigoureusement observé et les accès au secteur sont contrôlés.

L'ensemble des équipes démontre un très haut taux de conformité par rapport au processus de traitement des dispositifs médicaux, la rigueur est observable.

Pour l'Hôpital de Hull et l'Hôpital de Gatineau, l'accroissement du volume de clientèle et la vétusté des lieux, présentent des défis pour effectuer le transport des dispositifs médicaux de façon conforme. Des travaux sont à venir et plusieurs mesures de mitigation énoncées (achat de chariot fermé prévu). L'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts actuels et dans ses aménagements à venir.

L'aménagement des lieux des secteurs d'endoscopies est non conforme. Le croisement du matériel souillé et du matériel propre est observable, l'encombrement est important et souvent associé à la vétusté des lieux.

L'établissement est invité à considérer le tout dans ses travaux de réaménagement pour le secteur d'endoscopie de Hull et des cliniques externes de Gatineau. L'équipe doit s'assurer du standard des pratiques sécuritaires et appropriées pour les unités de retraitement satellites en lien avec les dispositifs endoscopiques flexibles. Même si le service n'est pas sous la gouverne de la direction des soins infirmiers, la responsabilité transversale demeure pour l'URDM. L'équipe est invitée à réfléchir sur la composition de son comité qualité afin d'arrimer les unités satellites.

L'Hôpital et CHSLD de Papineau est un petit établissement dont la configuration des lieux permet un trajet sans croisement. L'unité de retraitement est située à côté du bloc opératoire et l'endoscopie s'effectue dans l'une des salles du bloc opératoire selon un horaire établi. Un grand souci de l'amélioration continue de la qualité se dégage de cette équipe et de son assistante du supérieur immédiat. L'ensemble des critères sont conformes pour ce secteur.

L'Hôpital de Maniwaki est un petit établissement en milieu rural qui peut compter sur une équipe fort engagée. Lorsqu'on entre dans cet hôpital, le sentiment d'entrer dans une famille s'installe. Le travail d'équipe est remarquable. L'unité de retraitement des dispositifs médicaux et l'unité de retraitement des dispositifs endoscopiques sont ensemble. La vétusté des lieux ne permet pas la mise en place de trois zones distinctes séparées physiquement. De plus, l'inventaire des instruments est un enjeu, ce qui amène un risque de croisement du matériel souillé et du matériel propre lorsqu'on doit rapidement procéder au retraitement de dispositifs médicaux. Des actions sont déjà en cours pour remédier à la situation. L'équipe est encouragée à poursuivre et évaluer la possibilité de mutualisation des ressources au sein du CISSS de l'Outaouais.

Il n'y a aucun retraitement rapide «flash» dans l'ensemble des installations du CISSS de l'Outaouais.

En conclusion, plusieurs améliorations ont eu lieu depuis la dernière visite. Cette équipe est sur une très belle ascension vers l'excellence de leurs services et une belle équipe des gestionnaires se développe actuellement. Plusieurs travaux de réaménagement sont prévus et sont en phase de planification, ce qui permettra d'améliorer la sécurité dans le trajet du retraitement du point d'utilisation jusqu'à l'entreposage. Dans un souci d'efficience, l'harmonisation de la traçabilité informatisée est à considérer.

**Tableau 11 : Critères non conformes en matière de Services de retraitement des dispositifs médicaux**

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.1.1	Les gestionnaires de l'établissement nomment une personne responsable de la supervision de la qualité et de la coordination de tous les services de retraitement des dispositifs médicaux de l'établissement, ce qui inclut le retraitement effectué en site satellite.	Priorité élevée
9.1.3	Les gestionnaires de l'établissement fournissent les ressources nécessaires pour répondre aux besoins des services de retraitement des dispositifs médicaux.	Priorité normale
9.1.4	Les gestionnaires de l'établissement gèrent l'inventaire des équipements et appareils de retraitement utilisés au service de retraitement des dispositifs médicaux en fonction des besoins.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.3.2	Les gestionnaires de l'établissement rendent accessibles les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour les étapes de retraitement des dispositifs médicaux à la main-d'œuvre.	Priorité normale
9.3.7	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le transport des dispositifs médicaux des aires de soins vers les services de retraitement.	Priorité élevée
9.4.1	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux compte trois zones distinctes (souillée, propre, d'entreposage) qui sont séparées physiquement.	Priorité élevée
9.4.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	Priorité élevée
9.4.4	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les lavabos dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux sont équipés de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou encore d'un œil magique, de distributeurs de savon automatiques et de serviettes à usage unique.	Priorité normale
9.5.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les unités de retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles sont distinctes des aires de soins.	Priorité élevée
9.5.3	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les unités de retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles comportent des aires de travail distinctes pour le nettoyage des dispositifs souillés, la désinfection à haut niveau et l'entreposage.	Priorité normale

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
9.5.6	L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur la vérification des dispositifs endoscopiques flexibles pour déceler tout dommage avant de procéder à la désinfection.	Priorité élevée

## Gestion du circuit du médicament

### Évaluation du chapitre : 85,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 15,3 % sont cotés non conforme. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

#### Résultats de l'évaluation :

Malgré des enjeux importants de pénurie de pharmaciens, l'équipe de gestion de la pharmacie du CISSS de l'Outaouais réussit à réaliser et à soutenir de belles améliorations. La rigueur et le souci de bien faire les choses se reflètent par une offre de service de qualité.

Un plan stratégique pour la pharmacie et un tableau de bord de suivi régulier du plan démontrent les efforts constants vers l'amélioration et la qualité de ce département.

Plusieurs comités sont en place afin de poursuivre l'amélioration continue. En ce qui concerne le comité sur la gerance des antimicrobiens, l'établissement est invité à poursuivre ses démarches pour le recrutement d'un microbiologiste-infectiologue afin de compléter l'équipe.

Au niveau de la POR sur l'utilisation des abréviations, symboles et désignations qui ne doivent pas être utilisés, les gestionnaires sont encouragés à poursuivre les efforts, surtout pour la rédaction des ordonnances manuscrites.

L'implantation récente de la plateforme Gesphar est une amélioration considérable. Le département est invité à poursuivre le pilotage des différents paramètres.

Les gestionnaires de certains sites sont encouragés à porter une attention particulière sur la gestion des stupéfiants et des drogues contrôlés.

Le programme Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services — Antipsychotiques (OPUS-AP) et le programme d'évaluation de la personnalisation des soins (PEPS) sont en place et bien implantés au sein de l'établissement.

Il faut souligner une première au Québec. Le CISSS de l'Outaouais s'est doté du premier technicien en pharmacie oncologique pour la province. C'est une fierté pour le département.

#### Tableau 12 : Critères non conformes en matière de Gestion du circuit du médicament

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.5	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour surveiller la gestion des stupéfiants et des drogues contrôlées.	Priorité élevée



Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.1.11	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant l'utilisation de médicaments expérimentaux, à l'étude, et d'accès spécial.	Priorité normale
10.1.12	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la gestion du circuit du médicament apporté par l'usager.	Priorité élevée
10.3.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'en tout temps, les équipes cliniques ont accès au profil pharmacologique à jour des usagers qu'ils soignent.	Priorité élevée
10.3.4	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'en tout temps, les équipes cliniques ont accès à un pharmacien sur appel.	Priorité élevée
10.3.9	Le comité interdisciplinaire s'assure que le type d'alertes incluses dans le système informatique de la pharmacie comprend au moins le niveau d'alerte en tant que réglage global, et l'interaction entre médicaments, les allergies, ainsi que les doses minimales et maximales pour les médicaments de niveau d'alerte élevé en tant que composantes particulières.	Priorité élevée
10.3.16	L'équipe de pharmacie met à jour régulièrement la bibliothèque de médicaments entreposés dans les pompes à perfusion intelligentes.	Priorité normale
10.5.1	Les gestionnaires de l'établissement assurent un accès limité aux aires d'entreposage des médicaments.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.5.2	L'équipe de pharmacie s'assure que les conditions d'entreposage des médicaments sont respectées.	Priorité élevée
10.5.3	L'équipe de pharmacie s'assure que les aires d'entreposage pour les stupéfiants et les drogues contrôlées sont conformes à toutes les exigences des lois et des règlements.	Priorité élevée
10.5.6	L'équipe de pharmacie s'assure que les médicaments en attente de retrait qui sont périmés, interrompus, font l'objet d'un rappel ou sont endommagés sont entreposés dans des endroits distincts pour éviter leur utilisation.	Priorité élevée
10.5.8	Les gestionnaires de l'établissement respectent le calendrier d'inspection des aires d'entreposage et de préparation des médicaments.	Priorité élevée
10.6.5	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de l'adhésion à la « liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés » qui s'applique à toutes les communications liées à la médication.	POR
10.6.5.1	Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés pour toutes les communications liées à la médication.	
10.6.5.2	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour adhérer à la liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés dans toute communication liée à la médication.	
10.6.5.4	Les gestionnaires de l'établissement signalent l'utilisation des abréviations, symboles et désignations de doses mal interprétés comme des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments.	

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
10.7.14	L'équipe de pharmacie tient une documentation à jour pour l'ensemble des médicaments distribués aux aires de soins.	Priorité élevée
10.8.4	Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour signaler à la pharmacie toutes préoccupations en ce qui a trait aux médicaments.	Priorité élevée
10.9.11	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les procédures sont appliquées afin de protéger la santé et la sécurité des équipes qui sont en contact avec les médicaments cytotoxiques et les autres médicaments dangereux.	Priorité élevée
10.9.12	Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques ont à leur disposition une trousse en cas de déversements de produits dangereux. Cette trousse se trouve à portée de la main dans tous les endroits où des médicaments cytotoxiques sont distribués et administrés.	Priorité élevée
10.9.15	Les équipes cliniques suivent la procédure pour l'administration d'un médicament.	Priorité élevée