



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum QuébecMC

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

Rapport publié: 17/06/2024

Table des matières

| | |
|---|----|
| À propos d'Agrément Canada | 3 |
| À propos du rapport d'agrément | 3 |
| Confidentialité | 4 |
| Sommaire | 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 | 7 |
| Aperçu de l'amélioration de la qualité | 7 |
| Aperçu du programme | 8 |
| Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément | 9 |
| Résultats selon les dimensions de la qualité | 12 |
| Pratiques organisationnelles requises | 13 |
| Résultats de l'évaluation divisés par chapitre | 15 |
| Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population | 15 |
| Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles | 19 |
| Leadership – Gestion de la qualité et des risques | 21 |
| Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres | 23 |
| Santé publique | 25 |
| Télésanté | 27 |
| Programme de prévention et de contrôle des infections | 29 |
| Services de retraitement des dispositifs médicaux | 33 |
| Gestion du circuit du médicament | 36 |

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^{MC} 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 21/04/2024 au 26/04/2024.

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.

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 universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie — CHUS) assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à une population de plus de 507 000 citoyens. Son territoire, qui s'étend de Lac-Mégantic à l'Ange-Gardien, couvre près de 13 000 km² et compte neuf réseaux locaux de services (RLS) : des Sources, Granit, Val Saint-François, Haut-Saint-François, Sherbrooke, Haute-Yamaska, La Pommeraie, Memphrémagog et Coaticook. Il s'agit du plus grand employeur en Estrie.

Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS offre aux usagers et à leurs proches des soins et des services diversifiés, de la prévention jusqu'aux soins de fin de vie, ainsi que des soins spécialisés et surspécialisés. La mission de l'établissement, affilié à l'Université de Sherbrooke, est un vecteur de soutien au déploiement et à la progression des activités de l'ensemble des trajectoires de soins et de services, ce qui passe par le développement d'une culture de la recherche et de l'enseignement. Il convient de souligner la collaboration avec le Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) et les activités de recherche exercées à l'Hôpital de Granby par des cliniciens de recherche. L'établissement s'est hissé l'an dernier au 16^e rang parmi les hôpitaux de recherche au Canada.

Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS compte plus de 20 700 employés, qui s'ajoutent à près de 1 600 médecins et pharmaciens œuvrant dans 101 installations. Près de 500 chercheurs et chercheuses, 725 bénévoles et des centaines de partenaires tels que des Groupes de médecine de famille, des pharmacies d'officine, des cliniques médicales privées et de nombreux organismes communautaires unissent leurs efforts pour offrir des services de qualité. L'établissement bénéficie également de la contribution généreuse de 21 fondations. Il compte sur la disponibilité de 1 084 lits en centres hospitaliers et en centres de réadaptation, incluant les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). À ceux-ci s'ajoutent 2 308 lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en maisons des aînés et alternatives (clientèle adulte).

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

L'excellente collaboration avec les partenaires de la communauté est une force de l'établissement. Ces partenaires mentionnent apprécier la qualité de la communication du CIUSSS et son soutien. La participation active des gestionnaires dans les secteurs favorise l'approche de proximité. L'approche de gestion intégrative aux différents niveaux et l'interdisciplinarité sont des concepts bien ancrés non seulement dans la philosophie de gestion de l'établissement, mais aussi dans le quotidien des parties prenantes.

La co-gestion médico-administrative et la coordination interprogrammes sont notables. Le processus de cheminement de la clientèle est digne de mention et de multiples innovations soutiennent les travaux. Les obstacles à la fluidité sont identifiés et résolus en partenariat avec la communauté. Il faut souligner la création d'un outil de fluidité hospitalière favorisant les décisions en lien avec les enjeux infectieux, en réponse aux besoins de la clientèle. La volonté de standardisation des outils et des approches est bien amorcée et doit être maintenue. L'offre de service en télésanté est digne de mention et fait une différence significative dans la vie de gens non seulement du territoire, mais aussi des régions éloignées.

La satisfaction des usagers et des personnes proches aidantes est globalement significative. Les sondages démontrent un progrès constant qui sous-tend une culture d'amélioration continue et l'application de la philosophie «Agir pour et AVEC l'utilisateur, ses proches et la population».

Un bureau de partenariat usager est responsable de s'assurer de l'implication des usagers et des proches. L'établissement est encouragé à déployer davantage ce concept auprès des équipes. Une généreuse équipe de bénévoles aide à tisser la toile en vue d'offrir des soins et des services de qualité. L'équipe travaille aussi avec les résultats du processus de traitement des plaintes, de la gestion des risques et des sondages de satisfaction de la clientèle.

Au chapitre des pratiques organisationnelles l'équipe confirme la conformité des pratiques suivantes: le cheminement des usagers, les taux d'infection, la gérance des antimicrobiens, les médicaments de niveau d'alerte élevé, la sécurité liée aux narcotiques, le programme d'entretien préventif, la prévention de la violence en milieu de travail, la formation sur l'hygiène des mains, la formation et le perfectionnement sur la sécurité des usagers et la gestion des incidents liés à la sécurité des usagers.

Néanmoins, l'établissement est invité à porter une attention particulière sur les pratiques organisationnelles suivantes : le bilan comparatif des médicaments, la divulgation des incidents liés à la sécurité des usagers, le retraitement des équipements médicaux, la conformité de l'hygiène des mains, la liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Domaines d'excellence :

- Équipes audacieuses, inspirantes, innovantes et mobilisées
- Partenariat avec l'enseignement, la recherche et le développement
- Co-gestion dans la coordination opérationnelle [FD1] locale (COL)
- Partenaires d'affaires en soutien aux médecins en co-gestion médicale
- Grand souci de l'expérience employé
- Chef de file en valorisation des données
- Culture de la mesure bien développée
- Souci constant de la santé et la sécurité organisationnelle
- Positionnement stratégique du dossier Équité, Diversité et Inclusion

Pistes d'amélioration :

- S'assurer de la révision et de l'harmonisation des règlements, politiques et procédures
- S'assurer de la qualité de l'aménagement dans tous les sites, incluant les résidences à assistance continue (RAC)
- Augmenter la fluidité des communications entre les instances de gouvernance et les dispensateurs de services
- Intensifier l'approche d'utilisateur partenaire.

Soins centrés sur les personnes

Aperçu de l'amélioration de la qualité

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie — CHUS) possède une culture bien ancrée d'amélioration continue de la qualité. La direction responsable de veiller à la planification, à la conception et à la mise en œuvre des programmes maîtrise efficacement les concepts de lignes directrices, basés sur des données probantes. Il faut noter que des personnes clés de cette direction quitteront l'établissement sous peu, ayant contribué pleinement à l'intérieur d'une riche carrière dans le réseau, au déploiement et au maintien de la qualité. L'établissement s'est assuré de fournir une relève solide, qui saura, assurément, rendre justice à tout le travail accompli par ses prédécesseurs.

Le soutien qu'accorde l'équipe de la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP) aux différents programmes et services du CIUSSS, témoigne de sa détermination à répondre aux priorités stratégiques organisationnelles. Elle a à cœur de contribuer au mandat qui lui a été confié par leur PDG, soit fournir des soins et des services de qualité et centrés sur l'utilisateur, dans tous les sites de l'établissement.

Depuis le dernier cycle d'agrément, l'établissement a été en mesure de réaliser les suivis avec diligence. Tous les efforts sont consentis pour s'assurer que les pratiques mises en place sont pérennes. Les nombreux sondages auprès des membres de l'établissement et des usagers témoignent également de la volonté organisationnelle de créer un environnement de travail sain et sécuritaire, de même qu'une expérience positive de l'utilisateur. Finalement, l'équipe visiteuse ne peut passer sous silence cette culture d'innovation et de recherche, qui ne saurait vivre sans d'abord être fondée sur des piliers solides en matière de qualité et de sécurité.

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^{MD} 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^{MC} 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 universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Le statut d'agrément est :

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

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) 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 de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook - 5121-9350 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook - 5121-9350 | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog - 5121-9046 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog - 5121-9046 | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog - 5121-9046 | Gestion du circuit du médicament |
| Centre de santé et de services sociaux du Granit - 5122-3832 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Centre de santé et de services sociaux du Granit - 5122-3832 | Gestion du circuit du médicament |
| CHSLD de Lac-Mégantic - 5122-3857 | Gestion du circuit du médicament |
| CHUS - Hôpital Fleurimont - 5121-6687 | Télésanté |
| CHUS - Hôpital Fleurimont - 5121-6687 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| CHUS - Hôpital Fleurimont - 5121-6687 | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| CHUS - Hôpital Fleurimont - 5121-6687 | Gestion du circuit du médicament |
| CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke - 5121-6695 | Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population |

| Installation | Chapitre |
|---|---|
| CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke - 5121-6695 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke - 5121-6695 | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| CHUS - Hôtel-Dieu de Sherbrooke - 5121-6695 | Gestion du circuit du médicament |
| CIUSSS de l'Estrie - CHUS - Édifice Murray | Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles |
| CIUSSS de l'Estrie - CHUS - Édifice Murray | Leadership – Gestion de la qualité et des risques |
| CIUSSS de l'Estrie - CHUS - Édifice Murray | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| CIUSSS de l'Estrie - CHUS - Édifice Murray | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| CIUSSS de l'Estrie - CHUS - Édifice Murray | Gestion du circuit du médicament |
| CIUSSS de l'Estrie - CHUS - Édifice Norton | Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres |
| CLSC - Urgence mineure - Centre d'hébergement de Windsor - 5561-7641 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| CLSC et centre de services ambulatoires Belvédère (GMF-DGF) - 5124-5280 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| CLSC et centre de services ambulatoires Belvédère (GMF-DGF) - 5124-5280 | Gestion du circuit du médicament |
| CLSC et GMFU King Est - 5122-3444 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| CLSC et GMFU King Est - 5122-3444 | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| CLSC et GMFU King Est - 5122-3444 | Gestion du circuit du médicament |

| Installation | Chapitre |
|--|---|
| Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins - 5122-9185 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins - 5122-9185 | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| Hôpital de Granby - 5122-8120 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Hôpital de Granby - 5122-8120 | Gestion du circuit du médicament |
| Hôpital et centre d'hébergement Argyll - 5122-7536 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Hôpital et centre d'hébergement Argyll - 5122-7536 | Gestion du circuit du médicament |
| Hôpital, CLSC et centre d'hébergement d'Asbestos - 5121-9293 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Hôpital, CLSC et centre d'hébergement d'Asbestos - 5121-9293 | Services de retraitement des dispositifs médicaux |
| Maison de naissance de l'Estrie - 5123-1355 | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Maison des aînés et alternative de Sherbrooke | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Maison des aînés et alternative de Sherbrooke | Gestion du circuit du médicament |
| Résidence à assistance continue (RAC) Lisieux | Programme de prévention et de contrôle des infections |
| Résidence à assistance continue (RAC) Lisieux | Gestion du circuit du médicament |
| Santé publique - CIUSSS de l'Estrie | 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.) | 33 | 2 | 0 | 35 |
| Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.) | 17 | 0 | 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.) | 21 | 1 | 0 | 22 |
| Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.) | 38 | 3 | 0 | 41 |
| Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.) | 177 | 12 | 4 | 193 |
| Sécurité (Assurez ma sécurité.) | 195 | 24 | 0 | 219 |
| Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.) | 44 | 4 | 0 | 48 |
| Total | 537 | 46 | 4 | 587 |

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 | 4 / 5 | 80.00% |
| 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 | 4 / 5 | 80.00% |
| Leadership – Gestion de la qualité et des risques | Divulgaration des incidents liés à la sécurité des usagers | 4 / 6 | 66.67% |
| 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 | 0 / 3 | 0.00% |

| 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 | 2 / 5 | 40.00% |
| Programme de prévention et de contrôle des infections | Taux d'infection | 4 / 4 | 100.00% |
| Total | | 59 / 69 | 85.51% |

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

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

Évaluation du chapitre : 94,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 5,7 % 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 mission, la vision et les valeurs du CIUSSS de l'Estrie-CHUS sont communiquées aux équipes, aux usagers, aux résidents, aux familles et aux personnes proches aidantes, ainsi qu'à la communauté, par différents mécanismes. La vision 2027 porte sur la contribution de personnes audacieuses, inspirantes et innovantes, l'évolution des pratiques, le potentiel de la mission universitaire, et ce, tout en valorisant l'inclusion et le développement durable.

La cohérence est le principe d'action qui guide les décisions et les actions, élément clé dans la conception et la dispensation des services sur tout le territoire. Les valeurs organisationnelles d'humanisme, d'engagement et d'adaptabilité cultivent, quant à elles, les attitudes et les comportements attendus, tout en balisant le savoir-faire. Cette vision se décline dans les orientations stratégiques de l'établissement, avec des objectifs clairs, mettant à profit l'implication des usagers.

L'établissement s'est doté de nombreuses mesures pour assurer une gestion intégrée des risques. Ces outils forts pertinents permettent d'identifier, d'analyser, d'atténuer et de gérer les risques potentiels et réels. L'établissement est maintenant invité à rapatrier ces documents dans un Cadre formel de gestion intégrée des risques, qui définira, dans un premier temps, son approche globale en matière de gestion des risques.

Une volonté d'agir en mode de gestion écoresponsable est présente. Un comité de développement durable a été mis en place en 2019. Un conseiller au développement durable est nommé et ce dernier est stratégiquement positionné à la haute direction. L'établissement a réalisé une profonde réflexion et fait le constat que malgré la mise en place de nombreuses initiatives, une orientation plus étoffée envers le développement durable était nécessaire. Différentes mesures sont ciblées pour améliorer les éléments dans ce dossier, dont le renforcement de la compréhension du développement durable dans l'organisation et dans la communauté, la priorisation de certains enjeux et l'intensification du pouvoir de mobilisation. La conception d'un portrait actuel, incluant un sondage de perception selon quatre axes, permettra à l'équipe de se doter d'objectifs précis et mesurables. Le projet de concevoir et d'offrir des formations afin de renforcer les capacités de gestion écoresponsable est une initiative à venir.

Au sein de l'organisation, les enjeux d'ordre éthique sont cernés et de nombreuses activités de sensibilisation et de formation ont lieu chaque année. Le Comité d'éthique, composé de 20 membres, est actif. Il faut souligner que 1393 téléchargements d'avis et de repères ont été réalisés, ce qui témoigne d'un intérêt certain à l'égard des concepts en éthique. Environ 135 demandes de consultation en éthique clinique ou organisationnelle par année sont transmises aux deux conseillères en éthique qui, elles, déterminent le niveau requis de traitement, en fonction de la complexité de la demande.

En recherche, lorsqu'une demande est initiée, le demandeur dépose celle-ci dans le Guichet de dépôt des projets de recherche en vue d'un traitement et l'obtention d'un avis. C'est ensuite au Bureau d'Autorisation des Projets de Recherche (BAPR) de réaliser la triple évaluation donnant accès à la démarche souhaitée par le demandeur.

Un impressionnant plan d'action élaboré par le Service de soutien à l'éthique clinique et organisationnelle

2022-2024 détermine l'ensemble des activités à réaliser pour faire vivre l'éthique dans l'établissement. L'équipe est félicitée pour cet excellent outil qui permet d'assurer une saine gestion des concepts en éthique et d'en mesurer les progrès.

Le Cadre d'éthique qui date de 2018 est en révision. Il devrait être disponible dans sa nouvelle forme à l'automne prochain. L'établissement est invité à intégrer les comportements attendus, soit le Code de conduite, dans la nouvelle mouture du Cadre d'éthique, et à s'assurer que la révision de celui-ci soit réalisée en collaboration avec la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté. Le code de conduite doit être fondé sur le code d'éthique et les valeurs de l'établissement. De même, bien que les situations de conflit d'intérêt ou d'apparence de conflit d'intérêts soient bien gérées et traitées dans l'établissement, celui-ci est invité à réaliser des activités de prévention pour éviter que ces situations ne se réalisent.

L'approche de soins centrés sur la personne est une force de l'établissement. L'actualisation de la nouvelle orientation «Agir pour et AVEC l'utilisateur, ses proches et la population» est en voie d'être réalisée. Les témoignages des usagers partenaires confirment que l'établissement implique les usagers dans la planification et l'élaboration de l'offre de services. Il faut aussi souligner le fait que l'établissement compte sur la présence de plus de 700 bénévoles, soutenus et encadrés par un service formel de bénévolat.

Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS vise à mettre en place d'ici 2027 une gouvernance collaborative claire, décentralisée, et en action avec les communautés, pour agir sur les déterminants de la santé. L'objectif est aussi de renforcer le pouvoir décisionnel local et se doter d'un plan d'action santé par réseau local de service (RLS). De nombreuses initiatives ont eu lieu dans les dernières années pour créer cette synergie. Il convient de souligner entre autres la participation active du président-directeur général dans diverses activités stratégiques dans les communautés du territoire. Cette présence est non seulement appréciée des acteurs de la communauté, mais contribue à tisser le fil conducteur pour augmenter la prise en charge de la communauté de leur santé et de leur bien-être. La santé des communautés dans une perspective de développement durable est un objectif concret de l'établissement et les actions en place témoignent de la volonté d'intensifier la collaboration à cet égard.

En ce qui concerne la contribution et la collaboration des conseils professionnels, ces derniers sont d'avis que le soutien nécessaire à la réalisation de leurs activités est présent et concret. L'ajout des partenaires d'affaires stratégiques en soutien aux médecins qui œuvrent en contexte de gestion est une nouvelle modalité qui est fort appréciée. Des efforts devront être néanmoins être consentis dans trois domaines : la sollicitation d'avis en amont des dossiers, soit dès le début de la planification et de la conception des services; le suivi aux recommandations qui sont émises à la direction et finalement, le soutien offert au Conseil des sages-femmes.

Un Bureau d'innovation est en gestation et devrait voir le jour dans les prochaines semaines. Cela permettra de renforcer les initiatives afin de mettre en œuvre des actions ou des projets qui ne relèvent pas du champ d'intervention habituel. Ceux-ci pourront favoriser la création de valeur ajoutée qui n'aurait peut-être pas été impossible traditionnellement.

L'objectif six des priorités organisationnelles fait référence à la santé et au bien-être des membres de l'établissement dans une perspective de milieu de travail sain et sécuritaire. Une trentaine de projets visant la santé globale organisationnelle sont suivis au comité de direction. Les concepts d'équité, de diversité et d'inclusion sont bien présents. Différentes mesures d'accommodement sont identifiées avec les partenaires syndicaux pour permettre à un plus grand nombre d'œuvrer au sein de l'établissement.

De plus, une politique sur l'équité, la diversité et l'inclusion adoptée en 2022 est en place et inspire différentes initiatives visant à faire vivre les cinq principes directeurs au cœur de ce sujet. Le leadership de ce dossier est attribué à l'équipe Équité, Diversité et Inclusion (EDI) sous la gouverne transversale de la Présidence direction-générale adjointe (PDGA). Un plan d'action a été élaboré et sa révision est en cours en vue d'améliorer les stratégies et le suivi des progrès.

Par ailleurs, il faut souligner les nombreux efforts consacrés à la fluidité dans le cheminement des

usagers au sein de leur établissement. Les rôles et les responsabilités de chacun en matière de gestion de l'épisode de soin sont déterminés. Les listes d'attentes de chacun des programmes services sont surveillées et des actions sont prises pour éliminer les obstacles à la prestation de soins et de services, au moment opportun.

L'exercice ayant mené à la Stratégie 23-27 souligne les principaux enjeux auxquels est confrontée l'équipe du CIUSSS. Le réalisme de l'équipe met en relief le fait que malgré les nombreuses initiatives visant à faire face au manque de personnel, à moins d'un revirement de la situation actuelle, la capacité de l'établissement à répondre aux besoins de sa population sera de plus en plus compromise. Une analyse détaillée de la situation, par le biais de sondages, entre autres, alimente la source de cet enjeu majeur.

L'établissement est encouragé à poursuivre et même intensifier ses efforts pour arriver à un renversement de la situation, en tenant compte du partage de l'expérience-employé et des alternatives à prestation traditionnelle de service, ce à quoi cet établissement excelle.

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 |
|-------------------|--|------------------|
| 2.2.1 | Les gestionnaires de l'établissement associent la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté à l'élaboration d'un cadre éthique qui précise les comportements attendus et les mécanismes de gestion des enjeux éthiques. | Priorité élevée |
| 2.2.6 | Les gestionnaires de l'établissement gèrent les conflits d'intérêts afin de prévenir les manipulations abusives intentionnelles ou involontaires. | Priorité élevée |
| 2.2.7 | Les gestionnaires de l'établissement mettent en place un code de conduite qui précise les comportements attendus de l'ensemble de la main-d'œuvre. | Priorité élevée |
| 2.12.4 | Les gestionnaires de l'établissement utilisent des indicateurs de gestion pour évaluer l'efficacité des initiatives de développement durable dans une optique d'amélioration d'une gestion écoresponsable. | Priorité normale |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|---|------------------|
| 2.12.6 | Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une formation soit offerte afin de renforcer les capacités de gestion écoresponsable, d'atténuation des impacts des changements climatiques et d'adaptation. | Priorité normale |

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 :

L'équipe de direction s'assure, par différents moyens, d'une performance organisationnelle optimale. Une bonne planification des ressources et une gestion efficace, efficiente et prévoyante lui permettent de manœuvrer à l'intérieur des enjeux et des défis qu'elle rencontre pour offrir des services de qualité et sécuritaires et en réponse aux besoins de la population de son vaste territoire.

Les gestionnaires sont impliqués et actifs dans l'utilisation judicieuse et la répartition équitable des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. Du soutien dans un concept de « Partenaire RH, Partenaire financier, Partenaire TI, Partenaire RT et Partenaire d'affaires » est présent dans les directions pour traiter des questions relatives à une saine gestion. De plus, de nombreuses activités de formations concernant les finances, les ressources humaines, l'éthique organisationnelle, la sécurité, la confidentialité ou encore les actifs informationnels sont dispensées aux gestionnaires pour appuyer le développement de leurs compétences.

Des défis de taille ont été relevés avec brio au cours des dernières années et des derniers mois, mettant à l'épreuve l'agilité et l'adaptabilité de l'établissement. Outre la pandémie, il faut mentionner, entre autres, le rapatriement de la responsabilité des certains services qui étaient, depuis 2015, offerts par d'autres régions. À ceci s'ajoute la rareté de la main-d'œuvre, l'équilibre financier, ou encore la préparation de la transformation du réseau avec la venue de Santé Québec. L'ambition, la détermination et l'audace dont fait preuve l'équipe de direction, pour naviguer à travers les défis, lui permettent de changer ses paradigmes et rivaliser avec lui-même pour identifier des solutions innovantes, en toute cohérence avec ses stratégies organisationnelles.

Le déploiement d'initiatives, qui visent à assurer le bien-être et la santé organisationnelle, est au cœur des préoccupations. L'établissement consacre des efforts importants pour évaluer et veiller au bien-être et à la sécurité de sa main-d'œuvre. Plus de 40 000 heures de formations relatives à la sécurité des usagers et des membres de l'organisation ont été dispensées l'an dernier, soit 5 000 heures de plus que l'année précédente.

Il faut aussi noter la réalisation de plusieurs sondages sur l'expérience de l'employé qui permet de jeter un regard critique sur l'état des lieux et assurer un suivi des progrès. Un courageux plan de développement des compétences, conjugué avec l'accent mis sur la prévention et l'évolution des pratiques, les activités de ressourcement, le souci d'avoir la bonne personne au bon endroit dans un climat de travail sain sont des atouts qui favorisent la fidélisation des membres de l'établissement. Néanmoins, l'établissement est invité à se doter d'un Code de conduite qui pourra servir de base à la philosophie de gestion, en complément des valeurs organisationnelles. Il en est de même pour la conception d'une politique sur l'appréciation de la contribution des employés, tout en veillant à son application.

Finalement, il convient de souligner que l'établissement a atteint un bon niveau de maturité concernant l'intégrité et la sécurisation des données, devenant chef de file au Québec dans sa valorisation. La structure de gouvernance et la vision dont il s'est doté à cet égard lui permettent de consolider des liens avec des acteurs en recherche, en vue d'ancrer l'avenir avec des données probantes.

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 |
|-------------------|--|------------------|
| 3.1.1 | Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un code de conduite qui précise les comportements attendus de l'ensemble de la main-d'œuvre. | Priorité élevée |
| 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 : 94,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 5,2 % 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 :

L'équipe s'est dotée d'un plan global d'amélioration de la qualité qui est suivi de près par les hautes instances de l'organisation. Le plan est élaboré en fonction des objectifs prioritaires de l'établissement. La très grande majorité des directions possèdent leur propre Plan d'amélioration de la qualité généré à l'aide de plusieurs indicateurs puisés dans le système de traitement des données Power BI. L'équipe est félicitée pour cet outil qui aide à la veille de la sécurité du personnel, des usagers et des visiteurs, témoignage vivant de la priorité stratégique sur la sécurité, identifiée par l'établissement. Les équipes sont encouragées à s'assurer d'impliquer le personnel, en plus de l'équipe de gestion, à la priorisation et la détermination des objectifs.

Le Bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services est solide. Cinq commissaires adjoints et six médecins examinateurs effectuent un travail de qualité, en pleine autonomie de leur rôle. Les délais de traitement sont dans la très grande majorité respectés au sens de la Loi. La synergie de l'équipe est éloquent et la collaboration avec l'organisation pour améliorer les processus est excellente. Le mandat du comité des usagers et aussi bien réalisé. L'établissement est néanmoins invité à s'assurer de la révision du Règlement concernant le processus d'examen des plaintes.

Des initiatives prometteuses à l'égard de la diversité, de l'équité et de l'inclusion sont en cours de déploiement au sein de l'établissement. Ce dossier a été positionné stratégiquement à la haute direction. Les équipes sont encouragées à poursuivre leurs démarches porteuses d'espoir pour bien des minorités.

L'équipe visiteuse confirme que la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail et la procédure inhérente sont formalisées et bien appliquées. La pratique organisationnelle requise relative à la formation annuelle sur la sécurité des usagers est conforme. Il faut aussi préciser qu'une stratégie visant à prévenir et contrer la maltraitance à l'endroit des personnes en contexte de vulnérabilité est en œuvre. Le mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est en place. Les concepts de déclaration, d'analyse, de recommandations et de suivis sont bien appliqués. L'entièreté de l'approche est consignée.

L'autre pratique organisationnelle requise, en lien avec le processus de divulgation, n'est malheureusement pas respectée. En effet, l'équipe visiteuse, bien qu'elle confirme que le Règlement, la politique et la procédure sont formalisés, invite les équipes à obtenir la rétroaction des usagers, des familles ou des personnes proches aidantes au sujet de leur expérience liée à la divulgation, et la consigner au dossier. Ces informations doivent permettre d'améliorer le processus de divulgation. De même, l'établissement est encouragé à procéder à la révision de ces documents, avec l'apport des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre.

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 |
|-------------------|--|-----------------|
| 4.2.6 | Les gestionnaires de l'établissement utilisent un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. | POR |
| | 4.2.6.1 Une politique et une procédure sur le bilan comparatif des médicaments sont en place pour recueillir et utiliser des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur à tous les points de transition des soins. | |
| 4.3.2 | Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure qui encadre la divulgation aux usagers et aux personnes proches aidantes des incidents liés à la sécurité et favorise un suivi axé sur le soutien. | POR |
| | 4.3.2.4 Tout au long du processus de divulgation, une communication est établie avec les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre concernés par l'incident lié à la sécurité des usagers. La communication est consignée et fondée sur les besoins des personnes concernées. | |
| | 4.3.2.6 La rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet de leur expérience liée à la divulgation est sollicitée et documentée. Cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation. | |

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

Évaluation du chapitre : 93,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 6,5 % 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 :

En 2020, le CIUSSS de l'Estrie - CHUS s'est doté d'une nouvelle direction adjointe des mesures d'urgence, de la sécurité civile et des enjeux organisationnels sous l'autorité de la présidence-direction générale adjointe (PDGA). Cette direction adjointe regroupe les secteurs des enjeux organisationnels, de la coordination des mandats spéciaux, de la sécurité civile et de la coordination de la prévention des sinistres, laquelle inclut les mesures d'urgence, la sécurité incendie, la sécurité des biens et des personnes ainsi que la sécurité de l'information. Cette création a permis d'assurer une transversalité, une proximité accrue auprès des collaborateurs et des partenaires ainsi que de doter la coordination des mesures d'urgence d'une autonomie fonctionnelle.

Bien que l'établissement dispose d'un plan de sécurité civile pour la mission santé qui a été adopté en 2018, une mise à jour est recommandée. En complémentarité du plan de sécurité civile, l'établissement dispose de plusieurs plans d'intervention spécifique élaborés en 2015 ou 2016, la création d'un calendrier de révision et de suivi est recommandée.

La mise en place d'un comité de sécurité civile restreint, ayant comme mandat d'assurer la coordination et la concertation organisationnelle prévue à la Loi de la sécurité civile, permet une fluidité des communications, des suivis étroits et une concertation régionale. Il intervient de façon transversale au sein de l'établissement, en permettant des actions de proximité, le tout en cohérence avec le plan stratégique 23-27 de l'établissement. Il est composé de la coordination en sécurité civile ainsi que des responsables et adjoints des différentes activités de la mission Santé.

La mise en place d'une garde organisationnelle bien définie et connue de tous permet de répondre rapidement à tous événements nécessitant l'intervention de la coordination en sécurité civile et en mesure d'urgence ou d'un autre service de l'établissement. Le système d'alerte est centralisé et accessible en tout temps. Il simplifie les processus, augmente la sécurité, l'efficacité et la performance. Que ce soit pour un événement nécessitant l'intervention de la coordination des mesures d'urgence ou celle de la sécurité civile, il est à noter que les mécanismes de communication et d'accès sont identiques, ce qui favorise une cohésion ainsi qu'une facilité de compréhension des processus pour les partenaires internes et externes.

L'établissement dispose d'un plan complet de communication en situation d'urgence qui a été réalisé, en collaboration avec le service des communications et relations médias. Il est à noter que le service de communications dispose d'une banque d'outils de communication sur diverses thématiques telles que le froid extrême et la chaleur intense.

L'une des forces de l'établissement, en matière de planification des soins et des services dans des situations d'urgence et de sinistre, est la plateforme informatique de valise de garde, la navigation est facile et l'on y retrouve toutes les informations pertinentes et accessibles lors d'un événement selon différents choix soit : par personnes, installations, sous-groupe, protocole ou rapport.

Des exercices de simulation sont effectués régulièrement selon un calendrier qui permet de valider l'efficacité de leur plan d'intervention et des procédures prévues lors de situations d'urgence et de sinistres. Des discussions sont en cours en vue d'élargir les thématiques ou de les réaliser plus fréquemment. L'usager mystère utilisé durant la pandémie a permis d'améliorer la formation des employés au triage de l'urgence. Il est recommandé à l'établissement de continuer d'investir dans la mise

à jour et la formation du personnel.

L'équipe a bien intégré la notion d'amélioration continue et est soucieuse de favoriser des processus répondant aux besoins, aux demandes et aux analyses post-événements en cohérence avec les fiches de suivi des événements dans la valise de garde ou lors des rencontres de débriefage. Ces dernières sont tenues après chaque événement. Les constats qui en émergent sont répertoriés, et analysés avec attention. Le tout est suivi attentivement en salle de pilotage. L'équipe est fortement encouragée à continuer le déploiement des stations visuelles.

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 |
|--------------------------|--|------------------------|
| 5.1.1 | Les gestionnaires de l'établissement disposent du plan de sécurité civile global en réponse à des situations d'urgence et de sinistres. | Priorité élevée |
| 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 |

Santé publique

Évaluation du chapitre : 100,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % 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 :

L'équipe de la Direction de santé publique est composée d'employés, de gestionnaires, de médecins et d'un dentiste rigoureux qui travaillent en étroite collaboration et en interdisciplinarité. Ils sont soucieux de répondre aux demandes et sont extrêmement engagés envers la population estrienne. Les rôles, responsabilités et tâches sont bien déterminés et connus pour chacun des titres d'emploi. Le champ de compétence et d'exercice de chaque membre de l'équipe est respecté et utilisé à son plein potentiel.

Une approche d'amélioration continue est omniprésente aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel. Les équipes ont développé plusieurs projets, toujours en partenariat avec différents acteurs de la communauté, ce qui reflète bien la réponse aux besoins exprimés. La salle de pilotage est active, ce qui assure un suivi régulier des indicateurs. Les stations visuelles sont déployées et animées dans toutes les équipes, ce qui permet une fluidité dans les suivis ainsi qu'une meilleure communication bidirectionnelle.

La Direction de santé publique du CIUSSS Estrie-CHUS exerce un leadership transformationnel, ce qui permet l'atteinte d'un but commun défini dans la Loi de santé publique soit la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. Elle est soutenue par la haute direction, qui en a fait une priorité organisationnelle.

Le Plan d'action régional (PAR) 2016-2020 intègre très bien les 4 axes du Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 ainsi que l'axe de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Considérant la révision en cours du PNSP et sa prochaine publication, la direction a élaboré un document complémentaire au PAR pour 2024-2026, intitulé : «Cap sur nos priorités et la consolidation de notre offre de service». En plus des 5 priorités qui ont été élaborées par les acteurs de la Santé publique à l'échelle de la province et intégrées au PAR, 2 priorités régionales ont été ajoutées, résultant d'enquêtes et d'analyses des données probantes du territoire : réduire le fardeau croissant des infections transmissibles sexuellement ou par le sang et promouvoir le logement favorable à la santé. Il est recommandé à la direction et à l'établissement de cibler la poursuite des meilleures actions pour la population tout en faisant vivre leur PAR qui reflète avec brio les actions de surveillance, de promotion, de prévention et de protection avec un ensemble de partenaires au sein du système de santé et de services sociaux et dans d'autres secteurs d'activité afin d'agir efficacement sur les facteurs qui influencent la santé globale de la population.

Il convient de souligner le leadership de la direction pour son travail en développement des communautés par l'élaboration et la mise en œuvre de la politique «Responsabilité populationnelle en développement des communautés (RP-DC)». La mise en place d'un tableau de frontière des 113 communautés de la région permet d'orienter les actions de façon plus fine en fonction du fait que le découpage à petite échelle favorise une meilleure connaissance de la communauté et l'identification des zones de vulnérabilités. Il est accessible à tous sur le site web du CIUSSS Estrie-CHUS.

Différentes initiatives de communication ont été mises en place entre la direction, les équipes, les collaborateurs, les partenaires et la population. Un suivi constant et rigoureux de l'information est effectué, et ce, dans un objectif d'assurer une transmission d'informations précise à tous les niveaux. Des liens étroits avec les médias sont établis et utilisés judicieusement.

Il faut noter la création de plusieurs plans d'action par secteurs et thématiques, ce qui permet une mise en œuvre personnalisée et fortement appréciée des acteurs, des partenaires et des équipes. Toutefois, il est recommandé de porter une attention particulière en lien avec le suivi des indicateurs, la reddition de compte et la cohérence avec le PAR lors de rencontres à la salle de pilotage.

La salutogenèse est omniprésente au sein de la santé publique estrienne. Elle vise à instaurer un sentiment de cohérence et de compréhension, tout en donnant un sens. Elle rejoint le but de la promotion de la santé, soit d'habiliter les populations à prendre en charge leur santé. Le projet de rétablissement mis de l'avant à la Place Éphémère de Lac-Mégantic en est un exemple concret.

L'équipe de service dentaire favorise avec brio l'autonomie professionnelle des hygiénistes dentaires en maximisant leurs champs de pratique, ce qui a comme effet d'augmenter l'efficacité en offrant un service accessible, de qualité et sécuritaire pour la clientèle ciblée. L'intégration, en octobre 2022, d'une hygiéniste dentaire avec la prime de supervision et de responsabilité permet une fluidité des communications entre le dentiste-conseil, la gestionnaire et les professionnels. Elle joue un rôle actif dans la planification, la supervision et la coordination des activités du service. Il convient de mentionner que le CIUSSS Estrie-CHUS est le seul au Québec à posséder cette structure qui jusqu'à présent a fait ses preuves sur l'efficacité du service.

Dans le cadre de l'implantation de la politique sur les environnements sans fumée portée par la Direction de la santé publique, l'établissement est encouragé à poursuivre son déploiement ainsi que l'identification d'indicateurs de suivi du projet.

Plusieurs projets novateurs et promoteurs sont en place et découlent d'initiatives régionales, notamment

«Je passe le test», «AMIE» et «Prévention des surdoses : spectromètre». La direction ainsi que l'établissement sont fortement encouragés à continuer la promotion des projets auprès des instances ministérielles et des autres établissements.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Santé publique

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.

Télésanté

Évaluation du chapitre : 95,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 4,5 % 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 période de pandémie et de postpandémie a permis à l'équipe de développer considérablement la télésanté avec des technologies plus légères et sécurisées. L'équipe a réussi à mettre en place tous les processus nécessaires dans plusieurs secteurs d'activité et l'équipe visiteuse a constaté que le fonctionnement était bien rodé.

L'équipe visiteuse souhaite souligner les travaux effectués, entre autres, la description des flux de travail schématisée, le soutien apporté aux professionnels de la santé (guides de bonnes pratiques et guide d'utilisation des plateformes en télésanté) et le processus d'accompagnement des usagers par l'équipe avec des documents guide en appui.

Il a été constaté que l'équipe a mis en place une structure d'organisation efficace.

Plus spécifiquement, il faut souligner tout le processus de soutien qui est offert aux usagers lors des premières séances de télésanté. Des essais sont effectués quelques minutes avant le premier rendez-vous avec le clinicien.

Les cliniciens et les usagers trouvent pertinent l'usage de la télésanté dans diverses situations cliniques. L'offre de service suprarégionale du CIUSSS de l'Estrie - CHU positionne également la télésanté comme un mode d'intervention efficace et pertinente pour la clientèle régionale et supra régionale.

L'équipe visiteuse a réalisé deux traceurs : un pour la clientèle 0-3 ans en orthophonie avec le programme « En route vers les mots ». Pour cette clientèle, ils ont développé un programme virtuel d'accompagnement des parents en groupe et par la suite des rencontres individuelles sur la plateforme. Ces rencontres permettent, par le partage de stratégies, d'outiller les parents à intervenir adéquatement auprès de leur jeune. Un suivi est fait 6 mois plus tard. La jeune mère rencontrée a indiqué que ce programme avait transformé sa vie ainsi que celle de son enfant.

L'équipe d'orthophonie offre également des formations sur Teams aux éducateurs dans les services de petite enfance du territoire afin de partager avec eux des outils d'intervention. De plus, elle a aussi le projet de former les éducateurs de la Direction du programme jeunesse (DPJe) afin qu'ils deviennent des intervenants associés dans cette offre de services virtuels de soutien des pratiques parentales visant la transmission de stratégies de stimulation gagnantes au plan du développement langagier. L'équipe nous a aussi informés qu'elle souhaitait utiliser la nouvelle plateforme de soins virtuels (PSV), autorisée par le MSSS, afin de faciliter le transfert de vidéos entre les parents et l'équipe clinique. L'équipe est encouragée à continuer sur cette voie.

Le deuxième traceur a permis de rencontrer un médecin et une intervenante en génétique médicale auprès d'une patiente dans une autre région. Une entente formelle est intervenue en 2019 entre le CIUSSS de l'Estrie - CHUS et l'établissement concerné afin d'encadrer ces interventions et de définir les rôles et responsabilités. Tous ont signalé la plus-value de cette intervention en consultation virtuelle, qui évite des déplacements importants, soit pour la patiente ou le médecin. Ils sont soutenus par une infirmière de l'établissement en région.

Il a été suggéré à l'équipe de mieux faire connaître la télésanté aux équipes du CIUSSS de l'Estrie - CHUS sur le terrain pour qu'elle puisse susciter l'intérêt d'autres secteurs au développement de la télésanté.

L'utilisateur partenaire est en développement en télésanté; l'équipe est encouragée à poursuivre dans cette direction.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Télésanté

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|--------------------------|--|------------------------|
| 7.2.8 | Les gestionnaires de l'établissement communiquent les informations à l'égard des activités d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages liés aux services de télésanté aux usagers, aux équipes de soins, aux gestionnaires de l'établissement ainsi qu'aux autres établissements ou organismes. | Priorité normale |
| 7.3.1 | Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'ensemble des lois sur la sécurité, la protection de la vie privée, des règlements ainsi que des normes et codes internationaux applicables aux services de télésanté sont respectés. | Priorité élevée |

Programme de prévention et de contrôle des infections

Évaluation du chapitre : 87,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 12,7 % 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 structure de gouvernance en prévention et contrôle des infections comprend un comité stratégique, tactique et plusieurs comités opérationnels. Cette structure est en place depuis peu de temps. La composition de ces comités est interdisciplinaire, tous les partenaires concernés sont intégrés, incluant les services d'hygiène et salubrité, de santé et de sécurité au travail et le service technique. L'équipe visiteuse souligne le canal de communication et la cohérence dans les actions et les décisions entre ces 3 comités. La structure choisie semble efficace et efficiente d'un point de vue stratégique et tactique. Les comités opérationnels semblent peu connus des gestionnaires des milieux rencontrés. L'établissement est encouragé à poursuivre sa réflexion sur la structure en place en s'assurant que les comités opérationnels sont arrimés avec les besoins, enjeux et réalités des dispensateurs de soins. L'établissement est également encouragé dans sa démarche d'inclure des usagers partenaires dans ces comités.

Un travail de fond a été réalisé par l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) dans les trois dernières années afin d'harmoniser, d'actualiser et rendre disponible plusieurs politiques et procédures. Il reste certaines procédures à réviser ou rendre disponible. L'établissement est encouragé à poursuivre sur cette lancée.

L'équipe PCI est très mobilisée. Ce dynamisme mérite d'être souligné. L'équipe PCI est bien intégrée également dans les équipes de soins de la courte et de la longue durée visitées, en étant disponible sur place ou à distance. Les nombreuses actions en prévention et contrôle des infections menées dans les dernières années témoignent d'un changement de culture important. L'équipe visiteuse veut cependant sensibiliser l'établissement à mettre en place des mécanismes de suivi rapproché avec les équipes terrain afin de s'assurer que le changement de culture soit intégré dans les équipes de soins de tous les milieux et dans toutes les missions du CIUSSS. Ils sont encouragés à poursuivre le travail pour que le personnel puisse s'approprier les activités en lien avec le contrôle et la prévention des infections, peu importe l'installation et la mission de soins.

Une initiative récente mérite d'être soulignée. Un outil intitulé Gestion des lits et enjeux infectieux en courte durée a été mis en place début avril 2024 pour faciliter la fluidité hospitalière. De bons commentaires proviennent des gestionnaires et des coordonnateurs d'activités. Cet outil démontre bien l'intégration de la vision PCI et de la gestion des risques dans la coordination des activités hospitalières.

Il existe un grand souci dans l'établissement d'agir en prévention et d'être réactif à l'égard des infections nosocomiales. La communication entourant les éclosions est efficace et appuyée par des rapports d'éclosion transmis au personnel des unités. Ces rapports démontrent l'implication de l'équipe PCI et la rigueur de leur travail. Dans les milieux visités, dès l'apparition des premiers symptômes, l'équipe PCI se mobilise pour soutenir les équipes de soins et intervenir au besoin. L'équipe PCI est également très accessible pour des consultations que ce soit pour avoir un avis d'un point de vue PCI ou pour des projets d'aménagements, des achats d'équipement ou autre.

Un formulaire en ligne sur l'intranet est mis à la disposition des équipes afin d'adresser des demandes de consultation et ce formulaire, dans les milieux visités, même dans des missions ambulatoires est bien connu et apprécié.

L'équipe PCI est grandement sollicitée. L'établissement est encouragé à explorer les moyens

technologiques permettant à l'équipe PCI d'être encore plus efficace dans sa vigie, son contrôle et sa gestion.

Plusieurs travaux ont été menés dans la dernière année concernant le nettoyage et la désinfection de bas niveau des équipements médicaux. Une procédure organisationnelle a été diffusée. Des activités d'amélioration continue doivent être mises en place pour s'assurer des résultats. Il convient de souligner les efforts de l'établissement et de l'encourager à poursuivre la démarche.

L'établissement est invité à s'assurer de la conformité de l'aménagement de l'ensemble des espaces dédiés au matériel propre et au matériel souillé, tant au niveau des soins de courte et longue durée que des soins ambulatoires, afin de répondre aux normes de prévention et de contrôle des infections. Une vigie est également souhaitable au niveau des équipements et fournitures présentes autour des éviers de lavage de mains dans différents secteurs.

Principaux constats des visites réalisées

Lors des visites de l'unité de médecine et de l'unité de gériatrie au CHUS de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, il a été observé que le personnel appliquait les principes d'hygiène des mains. De plus, le programme de prévention et contrôle des infections est connu du personnel. Il est constaté que des distributrices de solutions hydroalcooliques sont accessibles pour faciliter l'hygiène des mains. Au moindre signe d'infection, le personnel connaît les actions immédiates à poser pour assurer la sécurité des résidents.

Pour les visites dans les établissements de longue durée de Coaticook, de Argyll et de Windsor l'environnement des résidents est propre et aménagé de façon à assurer la sécurité. Les lieux sont décorés avec une approche milieu de vie, il faut le mentionner. Le personnel utilise les outils d'aide à la décision lorsqu'un symptôme d'état grippal est décelé. Il est à souligner que les aménagements des espaces dédiés au matériel souillé et au matériel propre répondent aux normes de sécurité dans ces installations.

Lors de la visite dans les services communautaires comme la clinique ambulatoire à Windsor, la maison des naissances et les services ambulatoires au CLSC de Belvédère, le personnel applique les principes d'hygiène des mains. Cependant, certains d'entre eux confirment qu'il n'y a pas d'audit qui est fait pour évaluer les résultats. Les espaces dédiés au matériel souillé et au matériel propre sont adéquats.

La visite de quelques installations externes a permis de constater certains enjeux d'hygiène et de salubrité; aucune liste de tâches, aucun registre ou audit n'étaient réalisés. Les équipes de prévention et contrôle des infections ainsi que d'hygiène et salubrité sont encouragées à assumer une responsabilité partagée afin de s'assurer de travailler en prévention.

Lors de la visite de la résidence à assistance continue (RAC) Lisieux, il est constaté que la salle de bain rencontre plusieurs enjeux en lien avec la prévention et le contrôle des infections. L'équipe de gestion de cette ressource est encouragée à réparer les comptoirs et les armoires dans la salle de bain pour s'assurer que les surfaces ne sont pas poreuses. Elles sont usées et ne permettent pas une désinfection adéquate; il n'y a plus de protection sur le bois.

Lors de la visite à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, la présence de contenants de déchets a été observée dans les corridors des unités de soins. L'établissement est invité à revoir la localisation de ces contenants qui devrait être dans une pièce fermée et dédiée à cette fin.

Dans toutes les unités visitées, l'établissement est invité à poursuivre sa démarche dans la mise en place et l'évaluation des activités concernant la désinfection de bas niveau des équipements médicaux.

L'équipe visiteuse tient à souligner la qualité de l'accueil des équipes ainsi que la transparence dans les échanges avec tout le personnel rencontré.

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 |
| 8.2.9.2 | Les équipes coordonnent les étapes pour s'assurer que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection bas niveau de façon efficace. | |
| 8.2.9.4 | Les équipes participent à l'éducation et à la formation continues sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical. | |
| 8.2.9.5 | Les équipes participent à des activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections de l'établissement. | |
| 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 |
| 8.2.25 | Les équipes utilisent des outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'évaluation du risque de transmission de maladies à prion pour les services de neurochirurgie. | Priorité élevée |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|--|-----------------|
| 8.2.30 | L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains. | POR |
| 8.2.30.1 | <p>La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée, prioritairement, en utilisant l'observation directe (audits). Les établissements qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 la main-d'œuvre se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; • évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV). | |
| 8.2.30.2 | Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux personnes proches aidantes et aux usagers. | |
| 8.2.30.3 | 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. | |

Services de retraitement des dispositifs médicaux

Évaluation du chapitre : 85,2 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 14,8 % 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 :

L'équipe visiteuse a pu constater la grande collaboration qui existe entre les différents secteurs impliqués et les directions, permettant une meilleure coordination des services médicaux et chirurgicaux et une offre de service bonifiée.

Des unités satellites sont présentes sur les différents sites du CIUSSS; une partie d'entre elles sont gérées par la Direction des services spécialisés chirurgicaux et de cancérologie (DSSCC). Les différents services bénéficient du soutien des équipes de l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM). Afin de bien répondre aux normes et aux meilleures pratiques, un audit des unités satellites sera réalisé sous peu par la technicienne en prévention, permettant d'uniformiser les pratiques et s'assurer de l'application des bonnes pratiques dans tous les sites. L'établissement est encouragé à poursuivre ses démarches en ce sens.

L'équipe visiteuse se questionne cependant sur l'application de la procédure de prénettoyage des instruments et des dispositifs médicaux qui ne semble pas être harmonisée dans tous les sites. Il est suggéré à l'établissement de revoir cette pratique. Une mention spéciale au service de radiologie de l'Hôtel-Dieu pour leur rigueur dans la réalisation des procédures de prénettoyage des dispositifs médicaux et de stérilisation à haut niveau pour les sondes endovaginales. Le personnel de l'URDM a également contribué à la validation de la conformité de la procédure.

Le respect des recommandations des fabricants est essentiel pour l'équipe. La rigueur du travail des équipes et les nombreux contrôles de qualité effectués durant tout le processus de retraitement assurent la sécurité et l'absence d'avis de rappel des dispositifs médicaux.

Tout comme celle de l'avis de rappel de dispositifs médicaux, certaines procédures opérationnelles normalisées sont à réviser ou à élaborer. L'établissement est invité à poursuivre sa démarche permettant ainsi une harmonisation dans tous les sites, comme prévu dans le plan d'action.

Il convient de mentionner certaines initiatives des coordonnateurs de la Direction des services spécialisés, chirurgicaux et de la cancérologie (DSSCC), incluant les équipes de l'URDM. Tout d'abord, des rendez-vous d'accueil sont planifiés avec les nouveaux médecins afin de déterminer leurs besoins et l'impact de leur arrivée sur les différents secteurs (temps opératoire, achat d'équipement, retraitement de nouveaux dispositifs médicaux, etc.). Cette pratique est très appréciée des nouveaux médecins.

La participation de l'équipe de l'URDM lors des processus d'achat d'équipements permet de mieux planifier l'impact sur les services de même que la faisabilité du retraitement des dispositifs médicaux. Un outil de validation pour l'acquisition et la collecte de données a été créé à cet effet. L'analyse est effectuée avec les différents collaborateurs et utilisateurs.

Différentes actions ont été prises à la suite de l'analyse des besoins des utilisateurs afin d'améliorer l'efficacité et optimiser les services offerts : réorganisation du travail en URDM, modification des lieux pour assurer un meilleur respect des normes établies et l'ergonomie, déplacement de certains effectifs vers d'autres sites et la fermeture de trois unités satellites. Ces actions ont permis de bonifier les activités, de récupérer des équipements et des ressources tout en assurant une trajectoire organisée vers les URDM désignées à recevoir ces dispositifs.

Un nouveau projet de recherche portant sur l'analyse de l'impact environnemental de l'utilisation de matériel médical à usage unique (MMUU), comparativement au retraitement des dispositifs médicaux réutilisables, sera réalisé sous peu par un étudiant à la maîtrise en gestion de l'environnement (développement durable). L'équipe est félicitée pour sa participation et sa sensibilité environnementale.

Les secteurs d'endoscopie ont également été visités dans trois des sites. Un programme de formation et de mise à jour a été élaboré permettant une mise à niveau des connaissances. L'équipe visiteuse a noté une grande compétence de la part du personnel et une préoccupation pour assurer des soins sécuritaires pour les usagers. Toutes les procédures opérationnelles normalisées sont conformes sauf une qui est reliée à une contrainte environnementale sur un site. Les armoires ventilées répondent aux normes. Les équipes respectent la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur la documentation permettant d'assurer la traçabilité. Cependant, l'environnement de certains sites pourrait être optimisé.

Diverses stratégies d'attraction, afin de mieux faire connaître le rôle de préposé au retraitement des dispositifs médicaux, ont été réalisées par les équipes (publication d'articles, activités de promotion, visites organisées de l'URDM pour les étudiants du secondaire). Elles sont encouragées à poursuivre leurs démarches afin de faire reconnaître l'importance de leur travail dans la chaîne d'intervention menant à des soins sécuritaires et de grande qualité.

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

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|--|-----------------|
| 9.3.6 | Les équipes respectent la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le processus de décontamination des dispositifs médicaux au point d'utilisation. | Priorité élevée |
| 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 |
| 9.3.8 | L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur l'identification du risque d'une contamination ou d'une infection à prion. | Priorité élevée |
| 9.3.16 | L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rappel des dispositifs médicaux dont la qualité du processus de retraitement a été compromise. | Priorité élevée |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|--|------------------|
| 9.3.22 | L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la manipulation, la distribution et le transport des dispositifs médicaux stériles. | 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 |
| 9.4.9 | L'équipe s'assure que les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux incluant les zones d'entreposage. | 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 |

Gestion du circuit du médicament

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 :

Une gestion du circuit du médicament bienveillante permet d'assurer une vigie sur l'ensemble des activités. En ce sens, les politiques, les procédures et les protocoles qui sont en place sont appliqués par le personnel des différents services en cohérence avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement.

La structure du comité interdisciplinaire représente les implications de chaque direction afin que celles-ci puissent assurer leur responsabilité et les fonctions qui sont attribuées dans le processus de la gestion du circuit du médicament. L'expertise et la contribution de chaque personne sont nécessaires pour permettre une gestion sécuritaire et efficace du circuit du médicament.

Lors de différentes visites dans les milieux, l'équipe visiteuse a rencontré des équipes mobilisées et engagées. La gestion de l'inventaire des médicaments est adaptée aux besoins. Les réserves sont organisées et entretenues avec soin.

Des formations sont disponibles à l'embauche lors de l'accueil et de l'intégration, ainsi que du perfectionnement tout au long du parcours de l'employé.

L'offre de service en pharmacie, les systèmes d'information et les processus cliniques sont variables d'un milieu à l'autre, ce qui provoque une modulation dans la prestation des services aux usagers dans des secteurs comparables.

Au niveau des pratiques organisationnelles requises, l'établissement se distingue par une surveillance rigoureuse de l'utilisation des antimicrobiens et une gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé. Différentes stratégies sont en place et appliquées par les équipes pour gérer en toute sécurité et prévenir les préjudices associés à l'utilisation des opioïdes. Une attention particulière doit être portée sur la vigie et le respect de l'utilisation des abréviations, symboles et désignations de doses.

L'établissement est encouragé à intégrer un usager partenaire dans la structure de gouvernance du circuit du médicament, à améliorer la fluidité des communications entre les différentes instances et à progresser vers la révision des outils d'encadrement. Finalement, il serait approprié de revoir la sécurité du circuit du médicament, notamment l'entreposage dans le cadre des naissances réalisées à domicile.

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

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|---|-----------------|
| 10.1.2 | Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament. | Priorité élevée |
| 10.3.15 | Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes une procédure qui précise le moment et la façon de contourner les alertes des pompes à perfusion intelligentes. | Priorité élevée |
| 10.4.6 | Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour gérer les pénuries de médicaments. | Priorité élevée |
| 10.6.1 | Le comité interdisciplinaire met en vigueur un programme qui vise à réduire les risques liés à la polypharmacie, surtout auprès des populations à risque comme les personnes âgées. | 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 |
| | 10.6.5.2 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. | |
| 10.9.12 | 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 |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|--|------------------|
| 10.10.2 | Les équipes cliniques communiquent aux usagers les informations sur la façon de prévenir les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments, et cette information fait l'objet d'une discussion avec l'utilisateur et les personnes proches aidantes. | Priorité élevée |
| 10.10.4 | Le comité interdisciplinaire met en œuvre une procédure pour l'autoadministration sécuritaire des médicaments par les usagers. | Priorité élevée |
| 10.10.5 | Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure d'autoadministration afin de déterminer quels médicaments peuvent être autoadministrés par les usagers. | Priorité normale |
| 10.10.6 | Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure afin de déterminer si un usager est apte à l'autoadministration de médicaments. | Priorité normale |
| 10.10.7 | Les équipes cliniques respectent la procédure pour l'étiquetage et l'entreposage des médicaments visés par l'autoadministration. | Priorité normale |
| 10.10.8 | Les équipes cliniques offrent une formation et une supervision appropriées à l'utilisateur avant l'autoadministration, ce qui est consigné dans son dossier. | Priorité élevée |
| 10.10.9 | Les équipes cliniques respectent la procédure pour la tenue du dossier clinique lorsque l'utilisateur participe au programme d'autoadministration des médicaments. | Priorité normale |

| Numéro du critère | Description du critère | Type de critère |
|-------------------|---|-----------------|
| 10.11.3 | Les équipes cliniques utilisent le système de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers pour déclarer les incidents mettant en cause des médicaments | Priorité élevée |