



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal**

Montréal, QC

Dates de la visite d'agrément : 3 au 8 décembre 2017

Date de production du rapport : 22 décembre 2017

## Au sujet du rapport

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en décembre 2017. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

## Confidentialité

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

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

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

## Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend le type d'agrément qui vous est décerné, ainsi que les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
Décision relative au type d'agrément	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	4
Analyse selon les normes	5
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	7
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	15
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>18</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>20</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	21
Processus prioritaire : Gouvernance	21
Processus prioritaire : Planification et conception des services	23
Processus prioritaire : Gestion des ressources	24
Processus prioritaire : Capital humain	25
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	27
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	29
Processus prioritaire : Communication	30
Processus prioritaire : Environnement physique	32
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	34
Processus prioritaire : Cheminement des clients	36
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	37
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	42
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	43
Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service	43
Ensemble de normes : Don d'organes – Donneurs vivants - Secteur ou service	46
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	50
Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service	53
Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service	56
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	62
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	64

Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service	66
Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service	72
Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	76
Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service	82
Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service	88
Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service	92
Ensemble de normes : Transfusions - Secteur ou service	97
Ensemble de normes : Transplantation d'organes et de tissus - Secteur ou service	99
Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service	103
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>108</b>
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	108
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>112</b>
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	<b>113</b>

## Sommaire

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

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

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

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

## Décision relative au type d'agrément

La décision relative au type d'agrément du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal est :

**Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal conserve le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé.**

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 3 au 8 décembre 2017**

- **Emplacements**

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

1. HMR Pavillon Rosemont
2. CLSC de Hochelaga-Maisonneuve
3. CLSC de l'Est-de-Montréal
4. CLSC de Mercier-Est
5. CLSC de Rosemont
6. CLSC de Saint-Léonard
7. CLSC de Saint-Michel
8. CLSC Olivier-Guimond
9. CLSC Rivière-des-Prairies
10. Hôpital Maisonneuve-Rosemont
11. Hôpital Santa Cabrini

- **Normes**

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

***Normes relatives à l'ensemble de l'organisme***

1. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

***Normes sur l'excellence des services***

5. Analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
6. Don d'organes – Donneurs vivants - Normes sur l'excellence des services
7. Imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
8. Médecine - Normes sur l'excellence des services

9. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
10. Santé publique - Normes sur l'excellence des services
11. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
12. Soins à domicile - Normes sur l'excellence des services
13. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
14. Soins critiques - Normes sur l'excellence des services
15. Soins primaires - Normes sur l'excellence des services
16. Traitement du cancer - Normes sur l'excellence des services
17. Transfusions - Normes sur l'excellence des services
18. Transplantation d'organes et de tissus - Normes sur l'excellence des services
19. Urgences - Normes sur l'excellence des services

- **Outil**









L'organisme a utilisé l'outil suivant :

1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)



## Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	80	2	0	82
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	97	5	0	102
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	691	43	16	750
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	143	12	4	159
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	468	16	3	487
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	102	3	2	107
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	999	64	15	1078
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	72	3	3	78
<b>Total</b>	<b>2652</b>	<b>148</b>	<b>43</b>	<b>2843</b>

## Analyse selon les normes

Les normes Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

Les normes relatives à l'ensemble de l'organisme portent sur la qualité et la sécurité à l'échelle de l'organisme dans des secteurs comme la gouvernance et le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	46 (95,8%)	2 (4,2%)	2	33 (100,0%)	0 (0,0%)	3	79 (97,5%)	2 (2,5%)	5
Leadership	45 (95,7%)	2 (4,3%)	3	95 (99,0%)	1 (1,0%)	0	140 (97,9%)	3 (2,1%)	3
Prévention et contrôle des infections	38 (95,0%)	2 (5,0%)	0	29 (93,5%)	2 (6,5%)	0	67 (94,4%)	4 (5,6%)	0
Gestion des médicaments	68 (93,2%)	5 (6,8%)	5	56 (91,8%)	5 (8,2%)	3	124 (92,5%)	10 (7,5%)	8
Analyses de biologie délocalisées	37 (97,4%)	1 (2,6%)	0	45 (93,8%)	3 (6,3%)	0	82 (95,3%)	4 (4,7%)	0
Don d'organes - Donneurs vivants	64 (97,0%)	2 (3,0%)	0	110 (94,0%)	7 (6,0%)	0	174 (95,1%)	9 (4,9%)	0
Imagerie diagnostique	62 (92,5%)	5 (7,5%)	0	62 (92,5%)	5 (7,5%)	2	124 (92,5%)	10 (7,5%)	2
Médecine	42 (95,5%)	2 (4,5%)	1	71 (93,4%)	5 (6,6%)	1	113 (94,2%)	7 (5,8%)	2

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	76 (86,4%)	12 (13,6%)	0	34 (85,0%)	6 (15,0%)	0	110 (85,9%)	18 (14,1%)	0
Santé publique	47 (100,0%)	0 (0,0%)	0	69 (100,0%)	0 (0,0%)	0	116 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services périopératoires et interventions invasives	106 (93,8%)	7 (6,2%)	2	107 (98,2%)	2 (1,8%)	0	213 (95,9%)	9 (4,1%)	2
Soins à domicile	46 (93,9%)	3 (6,1%)	0	73 (97,3%)	2 (2,7%)	1	119 (96,0%)	5 (4,0%)	1
Soins ambulatoires	43 (95,6%)	2 (4,4%)	1	71 (94,7%)	4 (5,3%)	3	114 (95,0%)	6 (5,0%)	4
Soins critiques	44 (88,0%)	6 (12,0%)	0	105 (91,3%)	10 (8,7%)	0	149 (90,3%)	16 (9,7%)	0
Soins primaires	52 (89,7%)	6 (10,3%)	0	89 (97,8%)	2 (2,2%)	0	141 (94,6%)	8 (5,4%)	0
Traitement du cancer	96 (95,0%)	5 (5,0%)	0	123 (96,1%)	5 (3,9%)	0	219 (95,6%)	10 (4,4%)	0
Transfusions	69 (98,6%)	1 (1,4%)	5	62 (95,4%)	3 (4,6%)	4	131 (97,0%)	4 (3,0%)	9
Transplantation d'organes et de tissus	82 (97,6%)	2 (2,4%)	3	114 (96,6%)	4 (3,4%)	0	196 (97,0%)	6 (3,0%)	3
Urgences	65 (92,9%)	5 (7,1%)	1	105 (98,1%)	2 (1,9%)	0	170 (96,0%)	7 (4,0%)	1
<b>Total</b>	<b>1128 (94,2%)</b>	<b>70 (5,8%)</b>	<b>23</b>	<b>1453 (95,5%)</b>	<b>68 (4,5%)</b>	<b>17</b>	<b>2581 (94,9%)</b>	<b>138 (5,1%)</b>	<b>40</b>

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

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>			
Divulgence des événements (Leadership)	Non Conforme	4 sur 4	1 sur 2
Gestion des événements (Leadership)	Non Conforme	5 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Non Conforme	3 sur 4	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Médecine)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 7	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins critiques)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Non Conforme	9 sur 12	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Urgences)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Don d'organes – Donneurs vivants)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins critiques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Traitement du cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Identification des usagers (Transfusions)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
Liste de contrôle d'une chirurgie (Don d'organes – Donneurs vivants)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	1 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Don d'organes – Donneurs vivants)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Médecine)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>			
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins critiques)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Don d'organes – Donneurs vivants)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Médecine)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins critiques)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Traitement du cancer)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Urgences)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévenir la congestion au service des urgences (Leadership)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1



Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Prévention des plaies de pression (Traitement du cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Urgences)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Don d'organes – Donneurs vivants)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Médecine)	Non Conforme	2 sur 3	0 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Traitement du cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Soins efficaces des plaies (Soins à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Stratégie de prévention des chutes (Don d'organes – Donneurs vivants)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Stratégie de prévention des chutes (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Traitement du cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Urgences)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a pour responsabilité d'exploiter quatre grandes missions, couvrant l'ensemble de la gamme de service en soins généraux et spécialisés. L'établissement regroupe 7 établissements fusionnés en 2015 et compte 42 points de service répartis sur trois territoires de réseau local de service (RLS). Le CIUSSS est affilié à l'Université de Montréal et regroupe 2 centres de recherche.

- Le conseil d'administration et la direction;

Les rôles et les responsabilités des membres du conseil d'administration et des membres de la haute direction sont connus et respectés au sein du CIUSSS. Les membres rencontrés ont su démontrer leur dynamisme et la rigueur de leur gestion administrative et l'engagement à agir comme le gardien de la qualité et de la sécurité des soins et des services.

Les valeurs organisationnelles et les comportements attendus ont été adoptés après une vaste consultation rejoignant près de 25% des intervenants du milieu.

Les objectifs stratégiques sont orientés sur les besoins de la population des RLS, dans le respect des différents milieux culturels et ethniques et des valeurs organisationnelles retenues.

Les membres du conseil d'administration, soucieux d'assurer une cohérence au regard de la prise de décision et des orientations à privilégier, ont adopté une démarche de consultation auprès des acteurs concernés avant d'adopter ou d'approuver tout processus administratif. C'est ainsi que le document « la ligne du temps » vient identifier les grands enjeux stratégiques 2017-2018 et confirmer l'échéancier d'adoption des différents cadres de référence organisationnels qui s'y rattachent.

Trente (30) mois après l'intégration des services, les membres du conseil d'administration ainsi que de la direction générale se disent à même de constater les impacts positifs sur la clientèle, en matière d'accessibilité, de continuité et d'harmonisation des services.

Les salles de pilotage (stratégique et tactiques) de même que les stations visuelles servent de baromètre à l'équipe de direction et aux différentes équipes de travail. La mise en place d'un tableau de bord de suivi de gestion apporterait une valeur ajoutée à l'ensemble de la démarche de suivi des grands enjeux et de l'ensemble des activités clinico-administratives.

- La communauté et les partenariats établis avec celle-ci;

Les données populationnelles sont l'outil de référence au regard de la mise en place de l'offre des services et des réallocations de ressources. L'équipe connaît très bien le profil de sa population. Afin de bien saisir les besoins de sa population, le CIUSSS a mis en place un « comité local citoyen », en partenariat avec les différentes instances municipales et communautaires qui permet d'identifier les besoins particuliers des clientèles vulnérables et d'intervenir au besoin.

Le CIUSSS a également mis en place un comité patient partenaire afin de consolider l'apport du patient dans l'organisation des soins et des services. Des clients partenaires sont actifs dans plusieurs secteurs d'activités. Leurs rôles varient de l'accompagnement clientèle, à l'enseignement et au partage d'expériences vécues.

- La dotation en personnel et la qualité de vie au travail;

La gestion des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques est regroupée sous une même direction. Les rôles, les responsabilités et les liens hiérarchiques sont clairement définis. Le plan de développement des ressources humaines a été revu et adapté aux tendances actuelles.

Un programme de gestion du talent permet d'identifier et de reconnaître les compétences individuelles. Cependant, le processus d'appréciation à la contribution est utilisé à géométrie variable par les gestionnaires du CIUSSS.

La qualité de vie au travail, la santé et la sécurité du milieu sont une préoccupation constante dans toutes les décisions en matière de RH.

Des liens sont établis avec les maisons d'enseignement. L'organisme accueille chaque année plusieurs stagiaires et ce, dans tous les domaines d'activités de soins et de services. On profite alors de leur présence dans le milieu pour faire du recrutement de nouveau personnel.

Au regard de l'équilibre travail-famille, des aménagements de temps de travail sont présents, et ce, dans le respect des clientèles à desservir.

Tout au cours de notre visite, nous avons rencontré des professionnels fiers et engagés à répondre aux besoins de la clientèle. Il existe un sentiment d'appartenance pour l'instance locale qui se transforme graduellement vers une vision CIUSSS.

- La prestation des soins et services;

Une équipe de professionnels engagés et fiers d'offrir un service personnalisé aux différentes clientèles se présentant à l'établissement. Au cours des derniers mois, l'organisme fait face à une augmentation du volume clientèle et adapte son offre de service en conséquence.

Des actions concrètes ont cours afin d'assurer une pratique sécuritaire répondant aux normes reconnues nationalement.

Le partenariat avec les maisons d'enseignement et la grande collaboration établie avec les cliniciens des centres de recherche permet aux professionnels du CIUSSS, un accès privilégié aux données probantes ainsi qu'aux meilleures pratiques.

Les sept (7) fondations, partenaires du CIUSSS, contribuent chacune à leur façon à la réalisation de la mission de l'établissement.

- La satisfaction des clients.

Les usagers rencontrés sont unanimes au regard de la satisfaction des soins et services reçus. On parle de professionnels à l'écoute des besoins de l'utilisateur. Des professionnels qui savent adapter et personnaliser la réponse aux besoins exprimés.

Le bénévolat est reconnu et encouragé au sein de l'organisation. Des bénévoles engagés au regard d'une expérience client optimale et des plus facilitante pour la clientèle desservie.

On retrouve 7 comités d'usagers regroupés dans un grand comité intégré (CICU). Le CICU est actuellement en consolidation et en recrutement au sein de son comité. Les membres rencontrés ont exprimé recevoir le support nécessaire de la direction, mais ils rencontrent des difficultés à recruter des membres représentatifs au regard des services offerts par le CIUSSS.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>	
<p><b>Gestion des événements</b> Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.* Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leadership 15.4</li> </ul>
<p><b>Divulgence des événements</b> Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *.* Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leadership 15.6</li> </ul>
<p><b>Reddition de comptes en matière de qualité</b> Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gouvernance 12.1</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>	
<p><b>Liste de contrôle d'une chirurgie</b> Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services périopératoires et interventions invasives 14.3</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b></p> <p>Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Urgences 10.5</li> <li>· Services périopératoires et interventions invasives 11.6</li> <li>· Traitement du cancer 15.6</li> <li>· Soins ambulatoires 8.5</li> <li>· Médecine 8.5</li> </ul>
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p><b>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)</b></p> <p>Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Médecine 8.8</li> </ul>



## Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des usagers englobe des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les usagers sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou les services.

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

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

Veuillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR


## Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires

Les résultats dans cette section sont d'abord présentés en fonction des processus prioritaires, puis en fonction des ensembles de normes.

Certains processus prioritaires de cette section s'appliquent aussi aux normes sur l'excellence des services. Les résultats découlant des critères où il y a non-conformité et qui sont aussi liés aux services, devraient être transmis à l'équipe concernée.

### Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
3.1 Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel d'éthique et de critères éclairés par des données probantes pour le guider dans ses décisions.	!
12.1 Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'organisme. 12.1.3 Les indicateurs clés propres au système qui seront utilisés pour mesurer le rendement en matière de qualité de l'organisme sont déterminés.	 <b>PRINCIPAL</b>

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Les rôles et les responsabilités du conseil d'administration (CA) sont clairement définis. Un rôle de surveillance, de recommandation, de suivi. A cela s'ajoute un rôle d'influence auprès des instances ministérielles qui prend toute son importance dans le contexte de changement actuel du réseau québécois de santé.

Les membres ont reçu une formation qui leur permet de bien jouer leur rôle d'administrateur. L'arrivée d'un nouveau membre est encadrée dans un processus bien défini d'orientation. Les activités des comités du CA permettent aux membres de prendre des décisions éclairées prenant en compte l'expérience/client.

Les objectifs stratégiques 2017-2018 comportent sept (7) grandes cibles s'imbriquant aux orientations stratégiques du ministère. L'énoncé de valeurs a été adopté après une vaste consultation auprès des intervenants du milieu et des utilisateurs de services. Les décisions stratégiques sont prises en tenant compte des commentaires des usagers et des familles et ce dans le respect des valeurs organisationnelles. La collaboration de clients/partenaires est largement favorisée et utilisée au sein du CIUSSS.

Un exercice d'évaluation du fonctionnement du CA est effectué annuellement. Tous les comités du CA sont partie prenante de la démarche. L'appréciation à la contribution de chacun des membres est effectuée par le président du CA d'une façon informelle mais rigoureuse.

Le cadre conceptuel en matière d'éthique est en révision au sein du CIUSSS. Les démarches de consultation sont terminées et le dépôt pour adoption du nouveau cadre conceptuel est planifié pour la prochaine rencontre du CA.

Les membres rencontrés ont su nous démontrer leur engagement et leur dynamisme au regard de leur rôle d'administrateur et de gardien de la qualité et de la sécurité des soins et des services.

## Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

La planification stratégique ministérielle sert de trame de fond dans la planification et la conception des services au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Les objectifs stratégiques 2017-2018 comportent sept (7) grandes cibles tactiques et opérationnelles, passant de l'accessibilité et l'amélioration de l'ensemble des services à la consolidation financière.

Depuis la création du CIUSSS, la haute direction a procédé à la définition de sa vision au regard de la mission qui lui a été confiée. L'ensemble de la réflexion se retrouve au niveau des fondements même de l'organisation. Afin de rendre accessible l'approche préconisée, un résumé synthèse a été publié en octobre 2017. On y retrouve entre autres l'énoncé de la mission, les valeurs retenues, les comportements associés, le modèle de performance privilégié et la philosophie de gestion.

C'est dans une d'approche concertée d'harmonisation de façon de faire, que la direction de l'établissement a procédé à une vaste consultation au regard des valeurs organisationnelles à privilégier. Plus de 3000 personnes ont été rejointes au cours du processus de consultation. La démarche a permis de définir les valeurs organisationnelles, mais également de définir le comportement attendu pour chacune d'entre elle.

Le regroupement des établissements de trois réseaux locaux de services (RLS) a nécessairement amené une révision de son infrastructure. L'offre de service a donc été revue et les programmes et les services ont été adaptés au besoin de la population.

L'ensemble des activités cliniques et administratives est suivi via des salles de pilotage de niveau stratégique ou tactique. L'information que l'on retrouve au sein des différentes salles de pilotage, permettent un suivi au regard des objectifs ciblés et des grands enjeux organisationnels. Dans un regard d'amélioration continue de la qualité des services offerts et de la mise en place d'un milieu de travail sain et sécuritaire, on retrouve sur les unités de soins et de services des stations de « visualisation » permettant à l'ensemble des intervenants de contribuer au processus d'amélioration de la qualité.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Un cycle annuel de gestion du budget d'exploitation est adopté et respecté par l'organisation. Lors du processus de planification, chaque gestionnaire participe à l'identification des besoins pour l'année à venir.

Lorsqu'un ou des ajustements sont requis, les décisions prises en matière de réallocation de ressources, le sont dans le respect de la mission et des valeurs organisationnelles. Afin de faciliter la transmission d'information et la priorisation des différents dossiers, l'organisme a mis en place un guichet d'accès pour toute demande d'ajout au budget d'exploitation.

Les gestionnaires de l'organisme reçoivent un support périodique et personnalisé de la direction financière au niveau du suivi budgétaire. Différents mécanismes de contrôle financiers sont en place. Un accompagnement périodique est offert par la direction aux différents gestionnaires ou professionnels concernés.

Au niveau des immobilisations, un plan de maintien des actifs est en cours de réalisation. L'attention rigoureuse apportée au suivi du budget d'exploitation est la même pour le budget d'immobilisation. Des autorisations en matière de rehaussement de la qualité des installations sont attendues avec impatience par les administrateurs.

L'incidence des décisions relatives à la réallocation des ressources est analysée régulièrement, mais de façon plutôt informelle. Il est recommandé de formaliser cette analyse de risque afin de s'assurer de la mise en place, lorsque requis, de mesures d'atténuation.

Les membres du conseil d'administration, via son comité de vérification, disent recevoir toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée.

## Processus prioritaire : Capital humain

Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
10.11 Les politiques et les procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	!
10.12 Les politiques et les procédures de l'organisme qui permettent de surveiller le rendement indiquent la façon de traiter les problèmes liés au rendement de façon juste et objective.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

La gestion des ressources humaines (RH), des communications et des affaires juridiques est regroupée sous une même direction. La direction joue un rôle-conseil stratégique au sein de l'organisation, dans le respect des valeurs organisationnelles.

Les rôles, les responsabilités et les liens hiérarchiques sont clairement définis. Le Plan de développement de ressources humaines a été revu et adapté aux tendances actuelles. L'utilisation des technologies d'information sont privilégiées au sein de la direction. Le processus de recrutement et de sélection est réalisé dans le respect des compétences et des capacités individuelles.

Tous les employés ont un dossier personnel. Les informations qui y sont colligées sont uniformisées et numérisées. Le type de classement est harmonisé.

Le processus de recrutement, d'accueil et d'orientation a été revu et adapté à la réalité du CIUSSS. L'expertise est identifiée et un programme de gestion du talent permet d'identifier et de reconnaître les compétences individuelles.

Plusieurs activités de formation sont planifiées annuellement. Les besoins sont identifiés au regard de la mission et des différents programmes cliniques et ou administratifs.

Un nouveau formulaire d'appréciation à la contribution est en consultation auprès des instances concernées. Le processus d'évaluation au rendement est utilisé à géométrie variable par les gestionnaires du CIUSSS.



La qualité de vie au travail, la santé et la sécurité du milieu est une préoccupation dans toutes les décisions en matière de RH. L'équilibre travail/famille est favorisé entre autres par des adaptations d'horaire de travail dans tous les secteurs où il est possible d'y parvenir. Le personnel d'encadrement est

supporté et accompagné vers des actions visant à favoriser un milieu de travail sain et sécuritaire. Un programme d'aide aux employés est accessible pour l'ensemble des intervenants.

Des liens sont établis avec les maisons d'enseignement. L'organisme accueille chaque année plusieurs stagiaires et ce, dans tous les domaines d'activités de soins et de services.

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
<p>15.4 Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place. * Appelé « incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p> <p>15.4.2 L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.</p>	<p></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>15.6 Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en oeuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux *. * Appelée « Divulgence des incidents liés à la sécurité des usagers » à l'extérieur du Québec.</p> <p>15.6.6 De la rétroaction est demandée aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.</p>	<p></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p>
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'amélioration de la qualité est une priorité organisationnelle. Le concept de Vrai Nord adopté par l'organisation représente symboliquement une boussole qui constitue un repère guidant les actions et les comportements de gestion. Les pôles de cette boussole organisationnelle sont établis en fonction des dimensions du modèle de la performance : l'accessibilité, la qualité, la mobilisation et l'efficacité. Afin de rendre concrètes les dimensions du Vrai Nord, des engagements sont définis qui s'articulent autour de quatre axes qui sont l'accessibilité aux services, des pratiques de qualité et centrées sur l'expérience de l'utilisateur, un milieu de travail humain et en santé et des services de pointe et des pratiques d'excellence.

Un cadre de référence en gestion intégrée de la performance et de la qualité a franchi toutes les étapes de consultation et sera adopté prochainement par le conseil d'administration. Il présente une démarche participative dans la recherche de solutions pour améliorer la qualité et la performance et ce, le plus près possible de l'endroit où se vivent les obstacles et avec l'apport des membres de l'organisation, des usagers et des familles. Le système de gestion intégrée de la performance, de la qualité et des risques est



supporté par une équipe dynamique qui utilise des outils d'aide à la décision à la fine pointe. Le soutien de l'équipe de la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique a été souligné par différents groupes d'intervenants et à plusieurs reprises lors de nos rencontres. Des projets d'amélioration de la performance sont en cours dans plusieurs secteurs et les stations visuelles opérationnelles sont présentes à plusieurs endroits. La culture de mesure est bien établie. Les efforts pour soutenir l'implication, l'apport et la collaboration des usagers sont faits et portent fruit.

La gestion des risques comprend l'ensemble des étapes allant de l'identification, l'analyse et la mise en place des moyens pour les prévenir. Les systèmes d'information utilisés en gestion des risques ne sont pas uniformisés et l'information qui en découle n'est pas accessible dans tous les secteurs.

Les mécanismes de contrôle sous forme de politiques et procédures sont en place, les sujets suivants sont traités: maltraitance envers les aînés vulnérables, déclaration, analyse et divulgation des incidents et accidents, examen des plaintes, approvisionnement, code d'éthique, obligation du personnel de refuser toute demande de services privés.

L'harmonisation des politiques et procédures dans l'ensemble de l'organisation est débutée. Des politiques, procédures ou règlements (90) sont actualisés à la réalité du CIUSSS ce qui remplace 226 documents antérieurs. On estime à plus de 20 % le travail réalisé à ce niveau.

Le conseil des infirmières et infirmiers, le conseil multidisciplinaire, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que la commissaire locale aux plaintes travaillent en collaboration et contribuent selon leurs rôles, à l'amélioration de la qualité. Le travail d'équipe est prôné par l'ensemble des intervenants incluant l'équipe médicale. Le modèle de cogestion médical et administratif est très apprécié. Une grande fierté se dégage des équipes en regard du travail accompli auprès de la clientèle. On note aussi un fort lien d'appartenance à l'établissement.

Au niveau des défis, l'harmonisation des cultures et des systèmes de gestion des risques est identifiée à plusieurs reprises. L'appropriation du cadre de référence en gestion intégrée de la performance et de la qualité par l'ensemble des services et des intervenants sera déterminante pour la suite des choses.

## Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Le cadre conceptuel en éthique regroupe tous les moyens et stratégies que se donne l'établissement pour assumer son rôle de leader dans la gestion et la promotion de l'éthique pour toutes les parties prenantes. Il comprend les politiques et les procédures de gestion pour mieux encadrer les comportements selon les valeurs attendues et s'assurer d'une intégration de l'éthique à tous les niveaux. Les secteurs de l'éthique pris en compte sont l'éthique clinique, l'éthique de gouvernance et de gestion et l'éthique de la recherche.

Une équipe est nouvellement constituée pour agir à titre de ressource pour les intervenants. Pour l'année 2016-2017, 134 demandes de consultation ont été traitées. Les utilisateurs apprécient les services et pensent que le nombre de demandes de consultation sera sans cesse grandissant ce qui risque d'être un défi dans les prochaines années. L'équipe souhaite développer les compétences en éthique du personnel et des usagers.

Un comité d'éthique de la recherche, qui effectue l'évaluation des projets de recherche, est actif. Il est encadré par un Règlement qui décrit ses règles de fonctionnement. Pour l'année 2016-2017, 114 projets ont été évalués et il y a actuellement 518 projets de recherche en cours dans l'établissement. Une politique sur l'intégrité et la conduite responsable en recherche ainsi que la politique visant à faciliter la divulgation d'actes répréhensibles permet d'encadrer ce secteur.

Au niveau de l'éthique clinique et organisationnelle, le comité se réunit de façon ponctuelle selon les problématiques.

Un code d'éthique convie toutes les personnes à un partage et à l'application de valeurs communes. Il précise les droits et responsabilités des personnes qui reçoivent des soins et services ainsi que les pratiques attendues de tout employé, stagiaire et toute personne qui, en vertu d'un contrat de service, dispense pour le compte de l'établissement des services et des soins aux personnes.

La diffusion de l'ensemble des outils développés et la communication avec les différentes équipes seront le défi pour les prochaines années.

## Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Les communications du CIUSSS relèvent de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) et l'équipe travaille en étroite collaboration avec les services des Archives et des Ressources informationnelles dans le cadre de la gestion des informations.

L'équipe favorise la consultation auprès de son public cible tout confondu et la démarche de détermination des valeurs de l'organisation fait foi de cette pratique avec une consultation de plus de 2500 personnes de provenance différente.

Le cadre de référence qui a été élaboré, a reçu l'aval du conseil d'administration quant à la détermination des parties prenantes externes et internes visées par l'organisme dans la diffusion de l'information. Leur public cible touche l'entièreté des acteurs, partenaires, intervenants et l'ensemble de la communauté.

Ce processus collaboratif s'inscrit donc dans un éventail de mécanismes de communication diversifiés et adaptés aux récepteurs de l'information.

Un plan de communication pour 2017-2020 a été déposé en ayant des objectifs très précis selon qu'il s'adresse aux parties prenantes externes ou internes.

Les moyens que se donne l'organisation pour atteindre son public cible sont multiples et variés. On les retrouve partout, par l'infolettre, le focus Groupe, les tables de quartiers, la participation à des comités de développement social ou celui de l'est de Montréal, le journal numérique du CIUSSS (le 360), etc....

Les bilans des médias démontrent sans l'ombre d'un doute l'implication et la visibilité de l'organisation par une présence assidue dans les médias et ce, fréquemment.

Dans le cadre de la visibilité de l'organisation, une formation média est donnée deux fois par année par un membre de l'équipe des communications, responsable des relations avec les médias, ministres et autres. Cette formation s'adresse à du personnel appelé à participer à des vidéos, tournages ou autres.

L'Intranet et l'extranet sont les outils privilégiés facilitant l'accessibilité rapide à plusieurs interlocuteurs dont les employés.

Les canaux de communication ont été bien définis et le déploiement est prévu en janvier 2018.

L'organisme a ciblé des responsables de la diffusion de l'information dans chacun des sites et en a précisé les rôles et responsabilités. Ils ont complété le processus en formant les personnes qui auront la responsabilité de diffuser les informations à travers les installations du CIUSSS.

L'équipe a le vent dans les voiles et développe plusieurs plans d'action en lien avec des sujets particuliers. Leur principal défi consiste à maintenir la cadence effrénée de déploiement des communications avec une équipe réduite.

En ce qui concerne la confidentialité des actifs informationnels ou des renseignements personnels, les services des archives et des ressources informationnelles sont mis à contribution.

Tous les employés ont signé un formulaire d'engagement au respect à la confidentialité et aux renseignements confidentiels, conservé dans leur dossier.

Une politique de sécurité des actifs informationnels est approuvée et sera déployée en été 2018.

L'équipe des ressources informationnelles est sollicitée à plusieurs tables mais représente un soutien essentiel, quasi-vital dans une réorganisation majeure d'un CIUSSS.

Tous les processus de contrôle de qualité de l'ensemble des systèmes informationnels représentent un défi de taille dans l'arrimage des exigences légales de la confidentialité versus le nombre d'utilisateurs, de l'étendue des données saisies dans toutes les applications cliniques et autres.

Les audits deviennent des outils indispensables afin d'assurer le respect des renseignements personnels.

L'organisation privilégie la gestion de la confidentialité dans sa gestion intégrée des risques, démontrant par cette initiative l'importance accordée au respect des renseignements personnels et confidentiels.

En complémentarité aux actions entreprises par les ressources informationnelles dans la gestion du respect des renseignements personnels, le service des archives participe en définissant les règles applicables pour l'accessibilité et la transmission de ces données et en devient le gardien pour l'organisation conformément à la Loi d'accès à l'information surtout pour le volet des renseignements personnels.

Pour les demandes d'informations personnelles, que ce soit des dossiers papier ou électronique ou des images, les règles s'appliquent pour tous les intervenants.

Comme le service des Archives se joint à la numérisation des dossiers patients, l'accessibilité aux documents électroniques devient plus facile pour les clients ou utilisateurs. Les mécanismes de contrôle des consultations prennent toute leur importance.

## Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
9.1 L'environnement physique respecte les lois, les règlements et les codes qui s'appliquent.	!
<b>Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives</b>	
3.1 L'aménagement physique de la salle d'opération ou d'intervention et l'équipement sont conçus de manière à tenir compte du déplacement des usagers, des allées et venues, des types d'intervention effectuée, de l'ergonomie et de la logistique qui accompagne la circulation de l'équipement.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

On constate une vétusté des locaux de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Par exemple au niveau du bloc opératoire ou des soins intensifs, où les locaux actuels ne répondent pas aux besoins. Les efforts sont mis en place pour respecter les normes minimales de sécurité, mais au prix de beaucoup d'efforts des équipes cliniques et d'entretien.

La situation est aussi préoccupante au niveau des unités de soins où l'on retrouve 36 % de chambres privées, 52 % de chambres semi-privées et 12 % de salles à 3 ou 4 usagers. C'est donc moins de 20 % de la clientèle qui a la chance d'être en chambre privée. Dans ce contexte, la prévention des infections, l'intimité, le confort des usagers et l'ergonomie du travail sont compromis. L'encombrement des corridors est constaté dans plusieurs secteurs autant cliniques qu'administratifs.

Malgré les lieux physiques très limités, les intervenants tentent d'adapter l'environnement et les rendre plus confortables par différentes stratégies. Plusieurs actions concrètes sont réalisées en vue d'améliorer la situation le plus possible, mais la limite imposée par la vétusté du bâtiment devient, dans plusieurs cas, un obstacle insurmontable.

L'équipe de direction a réfléchi à un projet majeur qui pourrait résoudre l'ensemble des problématiques soulevées. L'énergie et les ressources sont allouées dans le but de cheminer avec les différentes instances pour voir ce projet se réaliser. Entre temps, l'établissement est encouragé à poursuivre ses efforts pour apporter des améliorations à brève échéance car la situation est préoccupante.

À Santa Cabrini, on retrouve 41 % de chambres privées, 54 % de chambres semi-privées et 5 % de salles à 3, 4, et même une à 5 usagers. C'est donc 41% de la clientèle qui est en chambres privées. Sans être

parfaite, la situation est nettement mieux qu'à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Les chambres semi-privées sont plus grandes ce qui offre un meilleur confort pour la clientèle.

Les systèmes mécaniques du bloc opératoire ont été remis aux normes en 2014 ce qui a amélioré la situation. Par ailleurs, l'idée de refaire un nouveau bloc opératoire pour le rendre conforme aux nouvelles pratiques est toujours d'actualité.

Les services alimentaires, même si l'aménagement date de plus de 50 ans, répondent aux besoins et la satisfaction des utilisateurs est très élevée.

L'aspect culturel transparait dans la décoration et l'aménagement des lieux. La chapelle située à l'entrée principale accueille des personnes de la communauté.

L'environnement est agréable et bien entretenu. En général, les corridors sont dégagés. Le bâtiment est entièrement climatisé ce qui augmente le confort des usagers et des intervenants. Les systèmes de contrôle mécanique du bâtiment et les contrats d'entretien sont regroupés sous la même firme ce qui facilite grandement le suivi.

L'apport des usagers et des familles est sollicité afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.

Un centre d'appel d'urgence regroupe pour le CIUSSS les appels qui concernent les demandes d'entretien ou de soutien informatique en dehors des heures normales de services. Ce même centre traite les appels lors de situation d'urgence et le système de garde administratif. Cette intégration de moyen de communication est appréciée de tous.

Des projets écoresponsables sont en place, mais l'établissement est encouragé à mettre en place des mesures pour favoriser, par exemple, les utilisateurs à effectuer la récupération de papier.

## Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections</b>	
13.1 Des politiques et des procédures qui respectent les règlements applicables pour détecter les éclosions et prendre les mesures qui s'imposent sont en place.	!
13.5 Des politiques et des procédures sont en place concernant les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe et des bénévoles qui participent à la détection et à la gestion des éclosions.	
13.7 Les politiques et les procédures sont revues régulièrement et des changements y sont apportés, s'il y a lieu, après chaque éclosion.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Le plan intégré de mesures d'urgence et sécurité civile, qui date de mai 2017, présente les mécanismes permettant à l'établissement de faire face adéquatement à des situations extraordinaires en raison de leur durée, leur gravité, leur fréquence ou leur impact sur la population et sur les services.

Le plan de mesures d'urgence est en voie d'être actualisé. Il couvre la mission CLSC, hébergement et hospitalier. Ce plan se veut l'opérationnalisation du plan intégré des mesures d'urgence et de la sécurité civile. Il présente de façon générique les différents mécanismes d'alerte et les actions à préconiser en cas de situations d'urgence pouvant survenir.

Des plans particuliers d'intervention sont soit adoptés ou en rédaction pour traiter chacune des situations à risque en reprenant les quatre dimensions de la sécurité civile soit la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement. À la lecture des événements survenus dans les dernières années, un nouveau risque a été ajouté soit celui de tireur actif / personne armée (code «Argent»). Le plan particulier d'intervention en mesure d'urgence concernant la chaleur accablante et extrême adopté à l'été 2017 a demandé une coordination élargie auprès de plusieurs partenaires.

Des plans d'urgence et de maintien des services sont en révision.

De la formation est dispensée aux nouveaux employés.

Des exercices sont effectués dans plusieurs services, la façon de procéder varie en fonction de la clientèle présente. Les observations faites lors de ces exercices sont utilisées pour améliorer les outils. Dans le même sens, lors d'évènement, des pistes d'amélioration sont soulevées. Lors de notre visite, les visiteurs

ont pu observer 2 situations où des codes ont été lancés dans des milieux différents ce qui nous a permis de constater que les pratiques sont bien intégrées.

Un centre d'appel d'urgence est regroupé ainsi que le système de garde qui fait une bonne utilisation des moyens technologiques pour faciliter les communications. Ce centre est utilisé à la fois pour les appels d'urgence, mais aussi pour les besoins d'entretien ou de soutien informatique en dehors des heures normales de services.

Un plan de communication accompagne le plan intégré des mesures d'urgence et de sécurité civile.

Les politiques et procédures en cas d'éclosions sont en révision.



## Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Le cheminement des clients est encadré par une politique et une procédure (en voie d'adoption, mais déjà appliquées à plusieurs niveaux, par les intervenants concernés) visant à assurer que l'ensemble de la clientèle soit traité dans un environnement qui convient à leur condition médicale.

Sous la responsabilité de la Direction de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique (DQEPE), supporté par la haute direction, le cheminement des clients est à ce jour inscrit comme un enjeu majeur et stratégique au sein de l'organisation.

Pour assurer la mise en œuvre d'un cheminement optimal de la clientèle, une équipe représentative des différents secteurs-clé a été mise en place. Une analyse rigoureuse des différents points de congestion a été effectuée. De cette analyse, 32 mesures visant une amélioration potentielle du cheminement clientèle ont été identifiées. Ces mesures, tant administratives que cliniques, se retrouvent dans 4 grandes étapes de l'épisode de soins, soit en amont dans la communauté, à l'urgence, en hospitalisation puis en aval dans la communauté.

Un travail d'équipe colossal a su, en moins de six mois, apporter des résultats significatifs en termes de délai de prise en charge et de durée moyenne de séjour (urgence et hospitalisation). Des indicateurs de qualité clinique et de gestion administrative permettent de mesurer de façon objective les résultats reliés aux différentes mesures mises en place.

Il est important de souligner que les efforts importants effectués à ce jour, ont permis de créer ou de recréer la confiance entre les différents acteurs impliqués dans l'épisode de soins et ce tant à l'interne que dans la communauté.

Les résultats obtenus dans le processus du cheminement des clients est ici un bel exemple des gains au regard du regroupement des différentes missions.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Imagerie diagnostique</b>	
8.2 Si l'équipe n'a pas accès aux ressources nécessaires pour le nettoyage et le retraitement sécuritaires de l'équipement ou des appareils de diagnostic au point d'utilisation, elle les achemine au service de retraitement des appareils médicaux ou à un fournisseur de l'externe.	!
8.6 Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux clients.	!
8.7 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
8.10 L'équipe range l'équipement et les appareils diagnostiques conformément aux instructions du fabricant et les sépare de l'équipement souillé et des déchets.	
8.11 L'équipe dispose d'un processus qui permet de retracer tout l'équipement et tous les appareils diagnostiques en cas de panne ou de défaillance du système de retraitement.	
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
3.1 L'URDM est conçue et aménagée en fonction du niveau d'utilisation des services, de la gamme de services de retraitement et de la circulation à sens unique des dispositifs médicaux.	
3.2 L'URDM est conçue de manière à empêcher la contamination croisée des dispositifs médicaux, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les aires de travail.	!
3.4 L'URDM compte une aire de décontamination qui est physiquement séparée des autres aires de retraitement et du reste de l'organisme.	!
3.5 Les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'URDM et les aires d'entreposage.	!

3.6	L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
3.7	L'URDM est propre et bien entretenue.	!
4.1	L'équipement nécessaire au retraitement est acheté en fonction du niveau d'utilisation des services, avec l'apport des membres de l'équipe et en tenant compte des exigences relatives à l'entretien, au nettoyage ainsi qu'au contrôle et à la prévention des infections.	
5.4	L'équipe qui participe au retraitement des dispositifs médicaux est préparée à effectuer les fonctions nécessaires grâce à une formation effectuée dans un programme spécialisé en retraitement des dispositifs médicaux et reconnu dans le milieu de la santé.	!
8.2	Les lavabos dans l'aire de retraitement sont équipés de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou encore d'un oeil magique, de distributeurs de savon automatiques et de serviettes à usage unique.	
9.1	Les pratiques de travail sécuritaires et les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées lors du traitement de l'équipement, des dispositifs médicaux contaminés.	!
9.2	Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'URDM.	!
11.2	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples sont séparées des unités de soins.	!
11.3	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
11.8	Les appareils d'endoscopie souples sont rangés adéquatement suivant les directives du fabricant de manière à réduire les risques de contamination et les dommages.	!
12.1	L'URDM dispose d'une aire adéquate pour entreposer l'équipement, les dispositifs médicaux stérilisés.	!

12.3 Lors du nettoyage de l'aire d'entreposage du matériel stérile, la turbulence de l'air et l'excès d'humidité sont réduits au maximum.

15.10 Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.



15.11 L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux parties prenantes, aux équipes, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.

#### Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives

4.13 L'équipement, les appareils et instruments médicaux et les fournitures propres et stériles sont rangés séparément de l'équipement souillé et des déchets selon les directives du fabricant.



#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX.

D'entrée de jeu, il faut mentionner l'implication remarquable, la mobilisation exponentielle et l'expérience de l'équipe de gestion à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Surtout ne pas oublier l'expertise et la passion qui animent la conseillère en retraitement, qui agit comme personne-ressource pour tout ce qui concerne la réglementation et les exigences du milieu de l'URDM.

La composition de cette équipe va propulser l'URDM vers un centre d'excellence si l'environnement physique et technologique est corrigé.

Il est également important de mentionner à cette étape, que le respect des conformités, des procédures et des politiques est attaché, dans la majorité des situations aux bonnes pratiques implantées dans les secteurs de l'URDM nonobstant des enjeux majeurs de l'environnement de travail.

Le personnel est dévoué, mobilisé et bien soutenu par les gestionnaires.

Les procédures sont disponibles pour le personnel, les compétences sont au rendez-vous et le climat de travail semble sain considérant que le personnel était souriant et très accessible.

En ce qui concerne l'environnement physique, plusieurs lacunes importantes ont été identifiées dont l'entièreté est connue de la direction et se retrouve dans le "Plan d'action -remise à niveau des unités de retraitement de dispositifs médicaux". Ce plan d'action met l'administration au parfum des enjeux majeurs pouvant avoir des répercussions cruciales sur la qualité des services à la clientèle. Ces lacunes ont été constatées depuis plusieurs années et pourtant la situation persiste. L'organisme devrait se pencher rapidement sur ce dossier avant qu'un évènement regrettable ne survienne.

En complémentarité aux lacunes physiques en URDM, la désuétude des équipements s'ajoute pour accentuer les problématiques que rencontrent le personnel et les gestionnaires dans leur quotidien. Dans le même document, la liste des équipements requérant un remplacement considéré essentiel, vous est fournie. L'équipe apprécie les efforts de redressement dans les carences d'équipements par l'acquisition d'armoires de ventilation et espère que la suite des équipements suivra sous peu avec la mise en chantier du projet.

D'autres problématiques accompagnent la régularisation de la situation en URDM. On pense à l'hygiène et à la salubrité pour lesquelles, des démarches ont fait l'objet de représentations afin d'assurer un entretien rigoureux et essentiel tous les jours. Force est de constater, que les entretiens durant les fins de semaine ne sont pas au rendez-vous.

Le support technologique lorsque les logiciels tombent en panne, est aussi déficient. Les impacts sur les opérations ne semblent pas être compris. Les équipes de soutien sont appelés à s'asseoir avec l'équipe de gestion afin de comprendre les conséquences de ces pannes et de s'arrimer à trouver une solution satisfaisante.

Dans un objectif d'harmonisation des pratiques, l'URDM souhaite développer une centralisation de toutes les activités de retraitement qui assurerait à l'organisation, une standardisation des bonnes pratiques, un suivi constant des audits et une rigueur sans conteste des conformités aux normes, une fois l'environnement physique, et technologique réglé.

Plusieurs opportunités s'offrent à l'organisation dans la reconstruction fonctionnelle, structurelle et conforme des unités de retraitement des dispositifs médicaux.

L'équipe de gestion accompagnée de la conseillère spécialisée en retraitement pourrait amener le service d'URDM à un niveau exceptionnellement de haut calibre avec l'appui de la direction et des directeurs.

### ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

La liste des équipements médicaux révèle une désuétude importante du parc d'équipements. Dans ce contexte, le service de Génie biomédical (GBM) doit s'arrimer pour assurer une rigueur et une fréquence assidue pour les entretiens préventifs tout en essayant de maintenir fonctionnels les équipements qui tombent en panne.

Dans le cadre du Maintien des actifs en équipements médicaux, l'équipe de gestion a implanté un nouveau processus sur les demandes via une billetterie. Les chefs de service de concert avec leurs partenaires médicaux complètent le billet et l'acheminement au service de GBM. Le processus est par la suite, dirigé vers les instances qui doivent valider les informations avant de les rendre aux comités de direction pour la priorisation et la sélection.

Le service GBM offre le support aux équipes soignantes, aux chefs de service et aux coordonnateurs administratifs dans les suivis des entretiens préventifs, les appels d'offres, lors des installations d'équipements pour les approbations transitoires, la gestion des alertes médicales et le registre des équipements incluant toutes les informations pertinentes et adéquates dans les dossiers des équipements.

L'équipe est jeune et très motivée. Les gestionnaires ont une préoccupation évidente d'offrir un bon service à leurs partenaires d'affaires que sont les utilisateurs des équipements, chefs de service, et coordonnateurs administratifs.etc.

Les techniciens offrent la première ligne lors des pannes afin de réduire les temps d'arrêt.

Un comité de qualité est implanté afin de servir de guide des bonnes pratiques et l'un de ses rôles vise à faire des recommandations aux gestionnaires en lien avec l'utilisation des équipements ou instruments.

L'équipe de GBM est fortement encouragée à continuer à offrir un support de qualité auprès des partenaires et acteurs du CIUSSS tel que perçu par les pairs.

## Résultats pour les normes sur l'excellence des services

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des ensembles de normes, puis des processus prioritaires.

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

### **Leadership clinique**

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### **Compétences**

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

### **Épisode de soins**

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'utilisateur tout au long de l'épisode de soins.

### **Aide à la décision**

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

### **Impact sur les résultats**

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

### **Dons d'organes et de tissus**

- Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.

### **Gestion des médicaments**

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

### **Prévention des infections**

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.

### **Services de diagnostic – Imagerie**

- Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

**Santé publique**

- Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.

**Analyses de biologie délocalisées**

- Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.

**Don d'organes (donneur vivant)**

- Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do

**Transplantation d'organes et de tissus**

- Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.

**Services transfusionnels**

- Services transfusionnels

**Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service**

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</b>	
1.3 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou le professionnel de la santé ayant les compétences requises travaille avec un comité interdisciplinaire de professionnels pour définir la gamme des services d'ADBD et superviser leur exécution. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.1.2.	
1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
4.8 L'organisme dispose d'une politique sur les autotests effectués par les clients.	
10.1 L'organisme dispose d'un processus d'amélioration de la qualité des ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 4.2.2, 4.2.4.	<b>!</b>



## Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

### Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), la formation et la certification pour les intervenants sont des points forts pour les analyses de biologie délocalisées (ABBD). De plus, une nouvelle certification se fait annuellement.

Les procédures sont très bien rédigées, répondent aux normes et sont appliquées pour tous les intervenants qui effectuent les ABBD. Le biochimiste clinique, responsable des analyses de biologie délocalisées, fait un suivi rigoureux pour les intervenants effectuant les ABBD. Les procédures sont harmonisées et disponibles dans l'intranet du CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal et sont accessibles pour tous les intervenants de l'organisme incluant les intervenants des CLSC et les partenaires.

La nouvelle structure Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal et la structure OPTILAB pour les laboratoires apporte beaucoup de changements et d'ambiguïté.

Cette réorganisation des laboratoires de biologie médicale (OPTILAB) apporte des impacts majeurs au niveau des ABBD.

Les ABBD du CIUSSS l'Est-de-l'Ile-de-Montréal sont gérées par trois biochimistes cliniques dans deux entités distinctes soit deux biochimistes cliniques à l'Hôpital –Maisonneuve-Rosemont et une biochimiste clinique à l'Hôpital Santa Cabrini. Les partenaires et CLSC du CIUSSS l'Est-de-l'Ile-de-Montréal sont répartis avec un de ces centres.

Il faut s'assurer de maintenir une communication constante et une étroite collaboration avec les autres établissements CIUSSS afin d'harmoniser les pratiques dans un but d'optimisation de la qualité.

Avec la structure OPTILAB, les laboratoires font maintenant partie de la grappe du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) incluant les biochimistes cliniques. Les intervenants qui pratiquent les ABBD, infirmières et gestionnaires, font partis du CIUSSS. La structure organisationnelle et les communications sont très difficiles et compliquées.

Un comité interdisciplinaire est implanté au HMR et les membres travaillent en étroite collaboration avec les partenaires. C'est un comité très bien organisé sous la supervision du biochimiste clinique HMR. À l'Hôpital Santa Cabrini le comité interdisciplinaire n'est plus actif, il est en attente de la nouvelle structure.

Il serait souhaitable de créer un comité stratégique CIUSSS-CHUM avec des acteurs décisionnels qui pourront prendre des mesures dans leur établissement pour l'amélioration des pratiques au niveau des ABBD. C'est un comité qui serait différent du comité interdisciplinaire. Celui-ci est un comité technique qui regroupe les intervenants qui pratiquent les ABBD.

En ce qui concerne le CLSC Hochelaga-Maisonneuve, les pratiques des analyses de biologie délocalisées sont sous la supervision du biochimiste clinique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Les procédures sont harmonisées et accessibles par l'intranet. L'infirmière responsable participe au comité interdisciplinaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Un grand souci de qualité est observé.

En ce qui concerne le CLSC Rivière-des-Prairies, il existe une excellente collaboration avec le biochimiste clinique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qui est responsable des ADBD afin d'évaluer la pertinence des analyses, d'harmoniser les pratiques et l'utilisation des équipements. Le programme de formation et de certification des infirmières est en déploiement et est sous la supervision du biochimiste clinique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

En ce qui concerne le CLSC de l'Est-de-l'Île, le CLSC St-Léonard et le CLSC de Mercier-Est, il y a un grand défi d'harmonisation, de collaboration et de communication. Un plan d'action en lien avec l'uniformisation des pratiques est en voie de développement.

## Ensemble de normes : Don d'organes – Donneurs vivants - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.10 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
4.11 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le modèle de prestation de soins de l'organisme.	
4.12 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
6.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
12.10 Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
22.1 Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	

- 22.2 Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

#### Processus prioritaire : Don d'organes (donneur vivant)

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

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Des procédures opératoires normalisées (PON) sont en place pour tous les aspects du processus de don entre vivants. Un manuel de PON complet et conforme est accessible à la clinique ambulatoire, à l'unité de soins 6AB ainsi qu'au bloc opératoire de l'HMR. Un comité de vigie assure la révision des PON et voit à la création de nouvelles le cas échéant. De plus, un programme est en place afin d'assurer un contrôle qualité quant à l'application rigoureuse des PON par les intervenants. Les indicateurs qui en découlent font l'objet d'une analyse permettant d'identifier diverses possibilités d'ajustement et d'amélioration visant à bonifier la sécurité et la qualité de l'offre de services.

##### Processus prioritaire : Compétences

Le programme de greffe rénale du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal peut compter sur l'expertise d'une équipe interdisciplinaire composée de médecins et de professionnels compétents, rigoureux et engagés. Un processus d'orientation structuré de ces ressources permet de s'assurer que les connaissances nécessaires à la dispensation sécuritaire des soins aux donneurs vivants et aux greffés tout au long de leurs épisodes de soins sont acquises. Par ailleurs, de la formation dont celle reliée aux pompes à perfusion, et du perfectionnement sont offerts régulièrement aux membres de l'équipe afin de maintenir à jour leurs connaissances dans le domaine de la transplantation rénale incluant les soins spécifiques aux donneurs vivants. De plus, l'environnement universitaire dans lequel évolue le programme de greffe rénale favorise les échanges formels et informels entre les médecins, l'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie, les résidents, les étudiants et les intervenants en plus de renforcer le travail d'équipe et de rehausser le niveau de connaissances cliniques et scientifiques.

On note que de la formation et du perfectionnement sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins ne sont pas offerts. Toutefois, la diversité culturelle de la clientèle et du personnel du milieu favorise le développement des habiletés et des connaissances dans ce domaine. Pour ce qui est de la formation et du perfectionnement sur le modèle de prestation de soins de l'organisme qui préconise des soins centrés sur l'utilisateur et la famille, on note que malgré une offre de formation plutôt limitée dans ce domaine, l'équipe du programme de greffe rénale accorde déjà une grande importance à ce type d'approche.

En ce qui a trait à la formation entourant le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique, l'organisme est encouragé à poursuivre ses travaux visant à mieux faire connaître l'offre de service du Service d'éthique du CIUSSS. Pour ce qui est de la formation et du perfectionnement offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements et les agressions, l'organisme est encouragé à poursuivre ses travaux en lien avec la planification des priorités en matière de communication/formation à l'échelle du CIUSSS et d'y inclure cette thématique. Cette formation constituerait un atout pour les prestataires de soins qui assurent le suivi postopératoire des donneurs vivants à l'unité 6AB.

Par ailleurs, les intervenants œuvrant tant à la clinique ambulatoire qu'à l'unité de soins 6AB peuvent bénéficier d'une évaluation du rendement réalisée par le supérieur immédiat qui supervise ces secteurs. On encourage la poursuite de cette pratique de gestion puisqu'elle constitue un excellent levier pour maintenir la mobilisation des ressources.

#### **Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'équipe du programme de greffe rénale a un très grand souci d'assurer une continuité des soins optimale aux donneurs vivants. Pour ce faire, une gamme de soins et services de qualité et sécuritaires leur est offerte du début de leur évaluation jusqu'à leur acceptation le cas échéant. Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun, à l'exception des échographies cardiaques où les délais d'attente sont plus longs.

Tout au long de ce processus clinique, les donneurs vivants et leurs familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins. À l'unité de soins 6AB de l'HMR, ces derniers ne participent pas systématiquement à l'élaboration de leurs plans de soins. L'équipe est donc encouragée à saisir l'opportunité qui lui est offerte en lien avec la philosophie du CIUSSS qui encourage la participation de l'utilisateur et de sa famille à la planification et à la dispensation de ses soins.

L'équipe est félicitée pour l'ensemble de ses travaux concernant l'encadrement de tout l'aspect entourant la transmission efficace et sécuritaire de l'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur aux points de transition des soins.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe du programme de greffe rénale de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal est en place depuis plusieurs années et fait preuve d'une grande expertise dans le domaine du don d'organes de donneurs vivants. Plus de 700 dossiers satellites dont ceux des donneurs vivants sont conservés et consignés à la clinique ambulatoire afin de permettre aux membres de l'équipe d'assurer des suivis cliniques ainsi que des soins et services sécuritaires. La conservation de ces dossiers à cet emplacement ne compromet en rien la disponibilité 24/7 de l'ensemble des données présentes dans les dossiers médicaux conservés aux archives puisqu'ils ne contiennent que des copies des documents originaux. Les lois, les règlements ainsi que les politiques et procédures entourant la protection de la vie privée, les délais de conservation et la tenue de dossier sont respectés. Des systèmes d'information adéquats soutiennent les activités cliniques des membres de cette équipe dont l'engagement et le professionnalisme sont à souligner.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe fait preuve d'un grand souci d'offrir des soins et des services de qualité. Ceci se reflète entre autres par la discussion des cas complexes lors des réunions hebdomadaires médico-chirurgicales, ce qui permet d'améliorer la pratique clinique des cliniciens en plus d'identifier des pistes d'amélioration.

Un autre moyen d'améliorer la qualité des soins et services offerts est de considérer l'apport des usagers et des familles. À cet égard, l'équipe est encouragée à poursuivre les travaux en cours concernant la mise en place du questionnaire sur l'expérience patient. Par ailleurs, des indicateurs sont aussi utilisés pour suivre l'évolution du programme et ainsi permettre de cerner des pistes d'amélioration le cas échéant.

**Processus prioritaire : Don d'organes (donneur vivant)**

Le don d'organe d'un donneur vivant comporte un volet évaluation qui exige une grande rigueur afin de respecter tous les éléments qui touchent les aspects physique, psychologique et social de ce type de don. Entre autres, tous les éléments en lien avec les droits, la confidentialité et les questions d'éthique. Le programme de l'organisme répond à ces exigences et porte une grande attention au respect du donneur potentiel tout au long du processus d'évaluation qui précède l'acceptation finale pour le don d'organe. Les exigences concernant les règles de consignation au dossier et la transmission des données auprès de Transplant Québec sont respectées.

Pour ce qui est du prélèvement de l'organe après l'acceptation du donneur vivant, le programme détaille tous les soins et services recommandés pour s'assurer d'une standardisation et d'une uniformisation de ces derniers, et ce, dans un environnement sécuritaire. En ce qui a trait aux règles entourant toute la notion de consentement éclairé, l'équipe est félicitée pour l'excellence de sa pratique. Il faut aussi souligner une des initiatives de l'équipe concernant l'élaboration du manuel d'accompagnement fourni aux personnes qui désirent donner un rein de leur vivant et qui participent aux ateliers des « Compagnons de la donation ». Ce projet novateur et unique au Canada fait actuellement l'objet d'un éventuel déploiement dans d'autres centres de greffe rénale du Québec et même du reste du Canada.

## Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
8.5 Le manque de vigilance à l'égard des alertes est géré en évaluant régulièrement le type d'alertes requis par le système informatique de la pharmacie en fonction de l'information sur les meilleures pratiques et en obtenant l'avis des équipes.	
11.1 Des limites incontournables et des limites contournables sont établies pour les médicaments de niveau d'alerte élevé dans les pompes intelligentes.	!
11.2 Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes des pompes intelligentes est élaborée et mise en oeuvre.	!
11.3 L'information relative aux médicaments qui est stockée dans les pompes intelligentes est mise à jour régulièrement.	!
11.4 Les limites incontournables et les limites contournables établies sont testées régulièrement dans le but de s'assurer que la pompe intelligente fonctionne bien.	!
11.5 Les limites incontournables et les limites contournables établies sont vérifiées régulièrement et des changements sont apportés au besoin.	
12.2 Les aires d'entreposage des médicaments sont nettoyées et organisées régulièrement.	
14.5 Des mesures sont prises pour réduire les distractions, les interruptions et le bruit quand les membres de l'équipe émettent, rédigent et vérifient les ordonnances de médicaments.	
16.1 Les aires de préparation des médicaments sont nettoyées et organisées régulièrement.	
16.4 Les produits stériles et les solutions intraveineuses sont préparés dans une zone séparée munie d'une hotte à flux laminaire certifiée.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	

Le pavillon Rosemont n'a pas été évalué séparément puisque le système de gestion des médicaments est totalement intégré avec celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR).

L'équipe de la pharmacie est dynamique et a mis en place de nombreuses initiatives de qualité. L'utilisation des résidents en pharmacie pour mettre en exécution des projets permet de générer des données probantes pour améliorer la qualité des soins pharmaceutiques.

Le comité de pharmacothérapie du CIUSSS est constitué de pharmaciens et de médecins. Une bonne pratique est d'y avoir des représentants de tous les intervenants impliqués dans la gestion des médicaments tel qu'infirmière et infirmière praticienne.

La direction de la pharmacie a produit un plan directeur pour guider la restructuration et la centralisation des services de pharmacie afin d'optimiser les services. Le plan a été créé en collaboration avec des experts en logistique de HEC Montréal. Ce plan concorde avec la nouvelle mission régionale du CIUSSS. Bien que le plan soit établi, il n'en demeura pas moins que sa mise en application demande des investissements majeurs et un plan de communication bien établi pour bien gérer les inquiétudes liées à un changement de cette envergure.

Le travail fait pour uniformiser les attributs du logiciel de la pharmacie entre les pharmacies est remarquable. A noter que le logiciel est à jour pour la validation des doses, la validation photographique des produits stériles et l'impression de FADM avec les effets secondaires les plus fréquents. L'intégration des effets secondaires dans les FADM offre un outil pratique de monitoring pour l'infirmière.

Le support informatique du logiciel de la pharmacie semble être géré par site et non par application. Il n'y a pas de personne attirée, inter-sites, au niveau de la direction des ressources informationnelles, pour supporter la technologie utilisée pour la gestion optimale des médicaments. Le risque est une duplication des efforts entre les sites pour résoudre le même problème et entraîner des délais non nécessaires.

Les différents sites opèrent encore avec des politiques locales non uniformisées au sein du CIUSSS. Malgré tout, les processus de gestion des médicaments sont sécuritaires. Le travail d'harmonisation des politiques est bien amorcé.

Les lieux physiques de la pharmacie de HMR ne répondent plus aux besoins actuels d'un système de distribution moderne. Les aires de travail ne sont pas compatibles avec un milieu de travail sécuritaire et efficace. Les lieux sont trop exigus et encombrés. La salle stérile du HMR ne rencontre pas les normes en vigueur au niveau provincial et national tel que mentionné dans le rapport de l'ordre des Pharmaciens du Québec. La chambre blanche de Santa Cabrini rencontre toutes les normes pour la préparation des produits stériles. Une restructuration des services entre les sites pourrait permettre au CIUSSS de rencontrer toutes les normes.

La gestion des erreurs des médicaments est centralisée. Le nouveau comité pharmaco-nursing 'pharmasoins' analyse les erreurs de médicaments d'une façon globale pour créer des plans d'action corporatif, ce qui est adéquat. Mais, une approche décentralisée par unité de soins pourrait permettre une plus grande mobilisation des équipes en leur demandant de créer des plans d'action spécifiques à leurs besoins. Pour ce, les équipes doivent obtenir des rapports de secteurs leur permettant de comprendre les enjeux majeurs spécifiques à leurs secteurs.



Le CIUSSS a un parc de pompes intelligentes mais elle ne profite pas des bénéfices sur la sécurité des médicaments puisque les bibliothèques et les politiques d'utilisation ne sont pas en place. Un effort conjoint entre la pharmacie et les soins infirmiers est nécessaire afin d'utiliser cette technologie d'une façon optimale.

Il y a une harmonisation efficace des services de pharmacie en oncologie entre Santa Cabrini et HMR . Les deux sites visités ont des installations modernes.

La structure organisationnelle de la pharmacie déléguant à différents sites des responsabilités transversales permet de standardiser les approches tout en permettant de tirer profit de l'expertise des pharmaciens avec une expérience en gestion.

Le programme de Santa Cabrini d'automédication pourrait servir de modèle pour les autres sites.

L'intégration de la gestion de médicaments avec les CLSC semble avoir créé une synergie permettant de mieux répondre à leurs besoins en leur donnant accès à des ressources de la pharmacie de l'hôpital.

## Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>	
2.2 L'équipe cerne et élimine, si possible, les obstacles physiques et systémiques qui empêchent les clients et les professionnels de la santé qui acheminent des clients d'accéder aux services d'imagerie diagnostique.	
3.10 L'équipe évalue et documente le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	
4.2 L'équipe dispose d'un secteur de services distinct qui comprend un endroit où les clients peuvent attendre et un endroit où mener les examens d'imagerie diagnostique.	
4.3 Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les clients qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres clients.	!
17.5 L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des incidents liés à la sécurité des usagers.	!

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie**

L'équipe du département d'imagerie du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a entamé son processus d'harmonisation des pratiques cliniques et administratives avec une vision d'optimisation des processus, d'amélioration du service à la clientèle et une accessibilité accrue aux plateaux techniques aux principaux acteurs.

D'entrée de jeu, et dans le cadre d'accessibilité accrue aux plateaux techniques, le plan d'action consistait à récupérer l'appareil d'échographie de l'Institut universitaire de santé mentale (IUSM) et de l'installer dans une des installations du CSSS de la Pointe-de-l'Île avec une technologue autonome. Un corridor de service privilégie la clientèle en provenance de l'Institut de santé mentale afin de ne pas pénaliser ces clients.

L'équipe de gestion s'est complétée dans la dernière année (imagerie médicale et médecine nucléaire des deux installations) et se démarque déjà par un professionnalisme assuré, une motivation et des initiatives partagées sans oublier leurs préoccupations constantes pour l'amélioration continue.

Plusieurs défis ne manqueront pas dans les années à venir pour l'équipe. On a qu'à penser à la désuétude de certains équipements, la vétusté de l'environnement de travail, et surtout les exigences de performance malgré le fait que le service est réparti sur deux étages et dans trois ailes ou sections différentes et non contigues.

En échographie, l'enjeu majeur concerne surtout l'environnement de travail. La ventilation est inexistante et les espaces pour le retraitement des sondes échographiques sont inadéquats et non conformes aux normes de nettoyage, retraitement et désinfection.

L'organisme devrait se pencher sur la possibilité de se prévaloir des services de l'URDM afin de se conformer aux bonnes pratiques, tout en standardisant les procédures dans ce champ d'expertise. Les moyens pour résoudre cette problématique appartiennent à l'organisation. Mais cette solution ne règle pas la problématique environnementale.

Par contre, les installations en médecine nucléaire à Maisonneuve offrent un environnement très agréable pour la clientèle et les employés. Quant aux délais d'attente, la gestionnaire doit jongler avec les priorités cliniques devant l'accroissement des demandes d'examens effectués au TEP. La justification de l'utilisation de cette modalité en investigation s'oriente pour un ajout d'un équipement additionnel dans un avenir rapproché.

Pour ce qui est des équipements médicaux, la vétusté de certains équipements est évidente et les gestionnaires doivent composer avec la qualité mitigée pour certains examens sur l'un des tomodensitomètres. On doit procéder à une sélection de demandes d'examens selon l'indication clinique.

Les systèmes informatiques de gestion des dossiers radiologiques sont similaires pour les deux installations, par contre les systèmes PACS (archivage des images) diffèrent. Cette différence fait en sorte que l'on ne peut accéder aux images antérieures de l'autre établissement de façon systématique et une intervention doit être pratiquée pour rendre accessibles ces examens aux radiologistes.

Un programme de contrôle de qualité est en place et géré par la chef de service accompagnée par la coordonnatrice technique et le coordonnateur PACS. La participation des radiologistes dans le contrôle de qualité permet de cibler les lacunes dans la pratique et d'intervenir rapidement auprès des professionnels. Les gestionnaires vont jusqu'à préparer des plans de compétences, en trouvant les formations adéquates reliées aux lacunes du professionnel.

Plusieurs politiques et procédures ont été élaborées ou mises à jour dans la dernière année puis diffusées aux employés.

Considérant que la coordonnatrice administrative a complété son équipe de gestion dans la dernière année, la contribution de l'appréciation des employés s'est vu reportée à l'année 2018 d'autant plus que le processus sera harmonisé pour les deux installations. La chef de service est porteuse de ce dossier.

À l'installation de Santa Cabrini, le support informatique au personnel de garde semble être insuffisant et inadéquat. Comme les demandes en tomodensitométrie de nuit ont augmenté de façon exponentielle nonobstant les indications cliniques, les systèmes doivent être performants afin de faciliter l'interprétation des radiologistes sans qu'ils aient à se déplacer.

Il est fortement suggéré que les principaux intervenants conviennent d'une entente quant à la nécessité d'avoir une couverture efficace et adéquate à partir des besoins requis par le contexte du service à rendre aux patients.


La gestion des petits pas a permis de mettre en place plusieurs améliorations telles que les ordonnances collectives pour le questionnaire de résonance complété par l'infirmière, la protection rénale, une révision et standardisation des formulaires utilisés dans les deux installations.



L'achat de fauteuil en médecine nucléaire participera à la réduction des coûts potentiels en assurance-salaire considérant les trois arrêts de travail inhérents à du matériel inapproprié. Un projet d'ajout d'une infirmière à titre de rôle conseil pour le volet interventionnel permettra d'apporter son soutien et son expertise à l'équipe.

La localisation éparsée des modalités en Imagerie reste le défi de performance avec du personnel réparti sur deux étages et dans trois aires différentes sans compter la salle d'opération. La multiplication des postes d'accueil est un enjeu important pour diriger la clientèle au bon endroit et au bon moment et pourrait influencer sur la satisfaction de la clientèle.

Les objectifs d'harmonisation, d'amélioration de la qualité, et d'optimisation des processus sont des leviers importants dont l'équipe s'est inspiré pour accomplir avec transparence, et intégrité ses services à la clientèle.

## Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
5.2 Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	
8.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.3 Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.	<b>PRINCIPAL</b>

8.5.5	L'usager, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8	Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.  NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.	
8.8.2	Les usagers qui risquent d'avoir une TEV sont identifiés et reçoivent la prophylaxie de la TEV appropriée et éclairée par des données probantes.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8.3	Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.	<b>SECONDAIRE</b>
8.8.5	De l'information est fournie aux usagers et aux membres de l'équipe sur les risques et la façon de prévenir la TEV.	<b>SECONDAIRE</b>
10.8	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
11.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	
12.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

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

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

L'équipe de la coordination de médecine connaît bien la clientèle multiethnique qu'elle dessert. Elle fait face à des réalités culturelles, des problématiques sociales et de la comorbidité qui ont des impacts sur la prestation de soins, les aspects éthiques et le niveau de soins entre autres. L'équipe a mis en place une équipe qui identifie les grands consommateurs de soins, en discute en interdisciplinarité et propose un plan de match. L'équipe est à analyser l'impact de cette équipe sur le taux de réadmission.

L'équipe de gestion partage ses activités entre HMR et Santa Cabrini. L'équipe vise le bien-être des usagers et le retour à l'autonomie. Des activités de mobilisation précoces sont identifiées au plan de travail des préposés aux bénéficiaires dépendant de la condition clinique. Un suivi rigoureux des indicateurs est fait et des actions sont prises advenant des écarts significatifs sur la cible visée. L'équipe de gestion se rencontre régulièrement pour partager les informations, établir les objectifs communs. Chaque gestionnaire est responsable de faire ses rencontres de groupes autour de la station visuelle pour chaque quart de travail au moins une fois par semaine afin de diffuser les informations pertinentes et recevoir les commentaires ou améliorations de l'équipe de travail.

Il est observé une belle collaboration, un partage et une complicité entre les intervenants. Les trajectoires pour la médecine sont bien établies et ce, dans un esprit de collaboration. L'équipe répond aux demandes afin de désengorger les urgences. Elle fait preuve de créativité afin d'assurer un bon roulement des lits dans un contexte de criticité de la clientèle tout en ayant un souci de sécurité et d'accessibilité aux soins et services. A Santa Cabrini, l'équipe est encouragée à revoir le parc de lits disponibles afin de minimiser l'impact du plan de débordement sur l'ensemble de unités de soins. De plus, l'équipe connaît très bien ses partenaires internes et externes.

A Santa Cabrini, un plan d'actions est réalisé par les équipes d'amélioration continue. Le travail de collaboration et la cohésion au sein des équipes permet d'éviter le travail en silo. L'équipe note des résultats positifs suite à la mise en place de certaines interventions.

**Processus prioritaire : Compétences**

L'équipe de travail se fait confiance et l'esprit d'entraide est palpable dans les différents secteurs. Une équipe interdisciplinaire est en place dans chacun des secteurs. Elle se rencontre au moins une fois par semaine ou de façon ponctuelle dans un esprit de convivialité professionnelle. La rencontre est animée par l'assistante infirmière chef qui agit comme le chef d'orchestre. La rencontre vise l'orientation des services et la planification du congé de la clientèle. Malgré que chaque professionnel soit responsable de son suivi et que ce fonctionnement fait partie de la culture de CIUSSS, l'équipe est encouragée à produire un plan de service interdisciplinaire afin que l'ensemble des intervenants puisse voir rapidement les objectifs visés.

Un programme d'orientation spécifique sur les unités de soins est élaboré. Un processus d'évaluation au rendement est variable d'un service à l'autre. Les évaluations des personnes en probation sont faites de façon systématique. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour faire des évaluations au rendement de façon plus régulière.

Les rôles et les responsabilités des équipes de soins infirmiers sont bien définis afin que chaque intervenant joue son rôle à son plein potentiel. Il faut noter le projet acuité des soins à l'unité de pneumologie. Le projet vise à répartir la charge de travail en fonction d'indicateurs précis. L'équipe de gestion est fortement encouragée à s'associer avec la direction des soins infirmiers pour définir les différents rôles afin de déployer cette initiative à l'ensemble de l'organisation.

A HMR, la création de trois modules de regroupement d'unités de médecine favorise la mobilité du personnel et une meilleure continuité de soins. Les équipes de travail peuvent recourir à des personnes ressources soit des conseillères cadres en soins infirmiers ou des conseillères en soins infirmiers pour répondre à leurs questions de formation ou tout questionnement particulier qui touche la pratique des soins infirmiers. Des informations cliniques sont également disponibles de façon électronique.

L'équipe est très engagée à transmettre ses connaissances auprès des membres de l'équipe soignante. Elle accueille des stagiaires dans plusieurs professions et services autant professionnels que médicaux.

L'équipe fait des efforts pour faciliter le recrutement et la rétention des nouveaux employés. Les équipes de travail ont accès à de la formation continue et du perfectionnement. Les formations dispensées sont identifiées à partir des objectifs organisationnels et des sondages auprès du personnel.

Des activités de reconnaissance sont organisées et le personnel les accueille favorablement car elles donnent un sens à leur contribution aux soins de leur clientèle.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le service de médecine dessert plusieurs unités de soins où on peut observer une prise en charge de la clientèle par une équipe dynamique, professionnelle et compétente. La plupart des unités de soins de médecine des deux sites sont vétustes mais le personnel s'est adapté pour donner des soins de qualité malgré les obstacles. Les unités sont propres quoique un peu encombrées. Par contre, l'équipe a le souci de laisser libre un côté du corridor afin de favoriser la marche de la clientèle de façon sécuritaire. L'équipe dispose de quelques chambres privées ou semi-privées qui favorisent une certaine confidentialité et la gestion des bactéries multirésistantes.

L'équipe fait face à un défi constant en prévention des infections. Suite aux nombreuses éclosions au printemps 2017, des plans d'action multidisciplinaires ont été instaurés et on note des résultats significatifs très positifs. L'équipe est encouragée à poursuivre ses actions pour atteindre des résultats prometteurs et à modifier la notion d'éclosions en une situation d'exception. Dans plusieurs secteurs de médecine, les affiches sur les types de précaution à prendre lors d'isolement sont peu visibles du corridor car elles sont apposées directement sur la porte. Il est suggéré de trouver un moyen pour que les affichettes soient placées à la vue dans le corridor.



L'équipe a un souci de la qualité des soins et une rigueur dans ses actions posées. L'accessibilité aux services de médecine se fait en partenariat avec le gestionnaire des lits de l'organisme. Chaque patient a un plan de soins complet et individualisé. Les soins et traitements sont effectués selon un plan de travail en lien avec les rôles et les responsabilités de chaque intervenant. Les tâches sont réparties selon la charge de travail et ajustées au besoin. Les patients sont pris en charge dès leur arrivée par une équipe interdisciplinaire et une évaluation clinique est effectuée. La surveillance des patients varie selon la pathologie.

L'équipe s'assure du respect des pratiques organisationnelles requises et s'y conforme pour la plupart. Cependant, le suivi de la thromboprophylaxie veineuse n'est pas constant. L'équipe est encouragée à trouver un mécanisme pour s'assurer du respect de cette pratique d'autant plus que cette recommandation était signifiée dans les observations de l'agrément 2012. Également, le programme de prévention des chutes est en place. Il est difficile de trouver le suivi de cette pratique organisationnelle dans les notes infirmières. Ce constat est connu de l'équipe car elle y a fait allusion dans son plan d'amélioration continue. L'équipe fait des audits de conformité et en diffuse les résultats. L'harmonisation de la dite politique CIUSSS sera un atout pour les intervenants.

La transmission de l'information aux points de transition se fait de façon verbale et/ou écrite entre les quarts de travail et lors d'un transfert vers une autre unité de soins. L'information aux points de transition est écrite parfois de façon électronique ou dans des outils de travail prévus. L'équipe doit discuter sur les moyens pour consigner cette information au dossier de l'usager. Les patients ou les familles ont accès à un soutien spirituel à leurs demandes.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Tout patient a un dossier actif qui respecte les normes en vigueur dans l'établissement. Dans certains secteurs, une amélioration de la cueillette de données devrait être apportée. La documentation de référence (méthodes de soins, etc.) pour le personnel est disponible de façon informatique sur les différents postes de travail. De plus, les supports informatiques rendent l'information disponible plus rapidement quant aux résultats de laboratoire, d'imagerie et d'outils de travail.

L'information est partagée entre les membres de l'équipe de soins dont les préposés aux bénéficiaires afin d'assurer une continuité des soins. Une rencontre de gestion de lits est faite tous les matins afin d'avoir un portrait de la situation dans l'organisation. Des actions sont prises par l'ensemble des secteurs pour une gestion plus efficace des lits. La planification du congé est un enjeu de suivi dès l'arrivée du client à l'unité de soins et même dès l'urgence. Les acteurs clés (infirmière de liaison, travailleuse sociale, assistance infirmière chef, le médecin) sont mis à profit pour bien définir les besoins, les orientations et l'organisation des services à domicile. Lors du départ du patient, les informations pertinentes lui sont remises pour que celui-ci les communique à son médecin de famille. En cas de transfert au centre référent, suite au consentement aux soins, l'information pertinente est photocopiée et acheminée afin d'assurer la continuité des soins.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe a accès aux données probantes et les utilise pour donner les meilleurs soins possibles. Le suivi des incidents-accidents est fait avec les équipes de travail afin de trouver des solutions. L'équipe a un plan d'amélioration continue de la qualité.

Malgré les heures de visite restreintes, l'équipe fait preuve de créativité pour encourager les familles à participer aux soins de leurs proches. Les familles sont présentes et sont informées de la condition de leurs proches régulièrement. Dans certaines situations critiques ou de soins de fin de vie, les familles peuvent rester au chevet. Une équipe de soins palliatifs est en place pour guider les intervenants dans ces situations. Les membres de l'équipe connaissent le comité d'éthique. Ils s'y sont adressés pour une situation clinique complexe ayant un impact sur les valeurs des intervenants. L'équipe a beaucoup apprécié leurs précieux conseils autant éthiques que légaux. Différents sondages de satisfaction sont faits et l'équipe en fait l'analyse pour améliorer ses services. Selon les patients ou les familles rencontrés, le personnel est poli, respectueux et répond à leurs besoins promptement.

L'équipe a une première expérience avec l'ajout patient-partenaire dans le service de pneumologie. En plus de participer au comité d'amélioration continue de la qualité, ce patient partenaire bénévole donne des formations sur le patient partenariat aux étudiants en médecine, aux cadres et à d'autres comités en voie de voir le jour. Quelle belle place est donnée au patient partenaire qui, selon ses dires, prêche la bonne nouvelle. L'équipe est encouragée à poursuivre l'intégration des patients partenaires dans d'autres secteurs.

En plus, l'équipe fait des sondages de satisfaction de la clientèle qui servent de leviers à l'amélioration continue de la qualité.

## Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	
4.4 Des politiques et des procédures sur les appareils et instruments médicaux prêtés, partagés, consignés ou loués sont en place.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>	

L'organisme fait face à un défi de vétusté dans différentes installations offrant des services de santé physique à une gamme diversifiée de clientèle. L'encombrement de plusieurs aires de circulation dans des secteurs de soins à la clientèle augmente les risques de contamination croisée. Il existe des enjeux cliniques en lien avec l'entretien des installations matérielles ce qui contribue à maintenir un niveau de risque élevé dans plusieurs centres d'activité cliniques de l'organisation. Toutefois, plusieurs mesures d'atténuation ont été déployées afin de réduire ces types de risques. De plus, les taux d'infections nosocomiales monitorés par l'équipe démontrent une réduction du nombre de cas dans l'ensemble des sites depuis quelques mois.

La réalisation d'un état de situation effectué par la direction régionale de santé publique a permis à l'organisme de mobiliser plusieurs partenaires internes afin de prioriser les actions d'intervention pertinentes en relation avec les données de surveillance épidémiologique. L'organisme a procédé à l'élaboration d'un plan d'action qui encadre la démarche d'amélioration des activités de prévention des infections. Ce plan d'action aborde plusieurs mesures cliniques et administratives qui ont été priorisées par la direction. En parallèle, le déploiement d'un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans un site de l'organisme a soutenu le déploiement des meilleures pratiques associées au contrôle et à la prévention des infections nosocomiales. Plusieurs volets de la dispensation des services ont fait l'objet d'une révision : organisation du travail, procédures de nettoyage et de désinfection des surfaces, etc. La mobilisation de plusieurs représentants des différents secteurs sous la responsabilité d'un comité de coordination inter direction a contribué au développement d'une vision commune. Les données de surveillance témoignent de la réduction de l'acquisition de ce type d'infection de la part de la clientèle hospitalisée.

L'organisme a rapidement formé un comité de prévention des infections qui se compose d'acteurs clés provenant de différents centres d'activités de l'organisation afin de diffuser l'information découlant des activités de surveillance et d'assurer un leadership à la mise en place des interventions pertinentes auprès de différents partenaires. Le déploiement d'équipes d'amélioration continue de la qualité en prévention des infections facilite la mobilisation des acteurs impliqués à la mise en œuvre des interventions. Ces équipes se déclinent sous deux volets opérationnels: hospitalier et communautaire.

L'atteinte du ratio recommandé des infirmières en prévention des infections depuis quelques mois permet le déploiement de ces ressources par mission et installation.

La désignation d'un médecin assumant un rôle d'officier en prévention des infections soutient les activités du service au plan opérationnel et les pratiques cliniques devant faire l'objet d'une révision à court terme.

Un plan d'action a été élaboré afin d'assurer la prise en charge du nettoyage des équipements, du mobilier et des fournitures dans les milieux de soins. La mise en œuvre de ce plan est amorcé dans certaines installations, mais la coordination tactique bénéficierait d'une attention de la part de la direction afin d'exercer un leadership à la réalisation du plan selon les échéanciers. La stabilité des ressources humaines constitue un défi dans les secteurs d'hygiène et de salubrité, ce qui exerce une pression sur le degré de prise en charge de ce volet du plan d'action.

Le déploiement de la stratégie sur l'hygiène des mains regroupe plusieurs activités de promotion, de formation et d'audit afin d'atteindre un taux d'observance conforme aux cibles. On note un écart important du taux d'observance entre les différents centres d'activités de l'organisme. Une campagne de sensibilisation se déploie dans certains sites de l'organisme comprenant différentes activités de communication, dont des affiches utilisant des pictogrammes adaptés aux clientèles vulnérables. On invite l'organisme à assurer une vigie étroite du taux d'observance de l'hygiène des mains dans les milieux de soins.

Une recension de la documentation clinique requise en relation avec les meilleures pratiques en prévention des infections a été réalisée pour l'ensemble de l'organisme. Une priorisation de la révision des documents (ex : programme, politiques, procédures, protocoles, affiches) soutient cette démarche. On note une vision partagée à l'harmonisation des politiques et procédures qui encadrent les activités de prévention et de contrôle. Plusieurs procédures cliniques se retrouvent sur le site intranet sous un onglet dédié à la prévention des infections ce qui permet une consultation rapide.

Des achats de petits équipements, de fournitures dédiées à la clientèle ont été effectués dans différents secteurs de soins et services afin de réduire les risques de transmission des infections. On encourage l'organisme à soutenir les travaux d'aménagement pour des postes de lavage de mains dans les secteurs de soins.

On incite l'organisme à appuyer les mécanismes de concertation des équipes qualité en prévention des infections pour les volets hospitalier et communautaire afin de consolider les arrimages cliniques et administratifs facilitant une collaboration efficace pour assurer une prestation sécuritaire des soins et services.

## Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Santé publique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
<p>La programmation des activités de santé publique a fait l'objet d'un repositionnement à l'intérieur de la structure hiérarchique. Une direction de programme clinique assume ce mandat transversal à l'intérieur de l'organisme. Le plan d'action régional en santé publique se traduit par une programmation opérationnelle qui est en cohérence avec les déterminants de la santé et les indicateurs socio-économiques.</p>	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
<p>Le plan d'action régional intégré en santé publique guide les interventions prioritaires de l'organisme qui découle des données populationnelles. Les axes d'intervention retenus ciblent des activités structurantes qui reposent sur les meilleures pratiques en promotion et prévention. Des mécanismes de concertation soutiennent les activités en première ligne afin d'assurer le suivi du plan d'action régional avec les partenaires intersectoriels.</p>	
<p>Une priorisation des projets d'intervention spécifiques auprès de clientèles vulnérables s'appuient sur des données probantes. Le niveau de concertation avec les partenaires intersectoriels est souligné dans la démarche de réalisation de diverses interventions auprès de clientèle vulnérables. Plusieurs de ces projets visent des clientèles marginales et font l'objet d'une évaluation de leurs impacts de la part des professionnels en santé publique.</p>	

Des efforts notables sont entrepris pour rejoindre, en partenariat avec plusieurs acteurs du milieu, des clientèles démontrant des indices de défavorisation matérielle et sociale. Le développement du projet d'injection supervisé à l'intérieur des locaux de l'organisme témoigne d'un niveau de collaboration étroit.

L'organisme a collaboré à la mise en place d'une instance de concertation avec les acteurs socio-économiques de son territoire de desserte. Cette instance renforce de manière importante les interventions de santé publique en première ligne. Notamment, les activités visant la prévention du suicide et le projet de réduction des impacts sur la santé de la condition des logements.

Plusieurs partenaires communautaires et institutionnels soulignent la qualité de la collaboration avec les employés, les professionnels et les gestionnaires de l'organisme.

### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Le plan d'action régional intégré en santé publique structure les actions prioritaires en lien avec les déterminants de la santé du territoire. Les activités de promotion et de prévention s'inscrivent dans les axes d'intervention priorités en collaboration avec plusieurs partenaires sectoriels, de même que des usagers ou leur représentants. Des projets d'interventions spécifiques auprès de groupes vulnérables sont déployés sur le territoire en collaboration étroite avec différents acteurs du milieu. Ces initiatives font l'objet d'une évaluation formelle qui implique des ressources professionnelles en santé publique.




### **Processus prioritaire : Santé publique**

L'organisme dispose de sources variées d'information sur l'état de santé de la population desservie.

Une collaboration étroite est présente entre les médecins et professionnels impliqués dans les volets de connaissance/surveillance et les gestionnaires, employés actualisant les programmes de promotion et de prévention. On note un partenariat intersectoriel très actif qui contribue à la mise en place de projets ou programmes permettant de cibler les déterminants de la santé priorités suite à l'analyse des facteurs de risques présents auprès de la population du territoire. Des initiatives intersectorielles ciblant des clientèles très vulnérables font l'objet d'une analyse des impacts en regard des indices de défavorisation matérielle et/ou sociale.

L'intégration d'usagers partenaires dans les étapes de planification et de programmation d'activités de promotion et de prévention mobilise différents acteurs du milieu qui soutiennent les interventions de l'organisme auprès de la clientèle affichant des indices de défavorisation.

## Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
6.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
<p>11.6 SOINS EN MILIEU HOSPITALIER SEULEMENT : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>11.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>11.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.</p> <p>11.6.4 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p>	  <b>PRINCIPAL</b>  <b>PRINCIPAL</b>  <b>PRINCIPAL</b>
<p>14.3 Une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire est utilisée afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale effectuée à la salle d'opération.</p> <p>14.3.1 L'équipe s'est entendue sur une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire en trois étapes à utiliser pour les interventions chirurgicales effectuées dans la salle d'opération.</p> <p>14.3.2 La liste de contrôle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale.</p>	  <b>PRINCIPAL</b>  <b>PRINCIPAL</b>

14.11	Immédiatement avant l'intervention, un temps d'arrêt afin de confirmer l'identité de l'utilisateur, la nature de l'intervention chirurgicale ainsi que l'emplacement et le côté du corps où elle sera pratiquée est effectué et consigné.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
21.1	Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.	!
21.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
23.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
23.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>		
5.2	Les médicaments dans le bloc opératoire sont rangés dans un endroit verrouillé ou dans un endroit pouvant en assurer la sécurité conformément aux politiques de l'organisme concernant le rangement des médicaments.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>		

Les irritants sont multiples. Les exigences et les lacunes sont clairement cernées. Cependant, l'équipe travaille conjointement avec l'équipe de direction, et en partenariat avec les autres directions concernées, pour apporter des modifications, des changements, des correctifs ou des améliorations.

La pénurie du personnel peut occasionner une charge supplémentaire et une lourdeur pour les intervenants.

L'absence de conseillère en soins infirmiers au bloc opératoire est une carence dans ce milieu universitaire.

Malgré de nombreux efforts, il est difficile d'obtenir un programme opératoire stable.



La vétusté des locaux amène son lot de problèmes : contrôle de la ventilation, contrôle de la température, nombre changements d'air insuffisant, taux de particules plus élevés, écoulements d'eau dans les salles d'opération, pour ne nommer que ceux-là.

La grande difficulté liée aux rénovations, aux réparations et aux améliorations de structure réside souvent dans la nécessité de fermer des salles ou même le bloc complet.

L'exiguïté des lieux peut menacer la qualité et la sécurité des soins.

Une armoire en bois et des stérilisateurs qui ne devraient pas être dans le bloc opératoire sont des exemples qui méritent des modifications afin d'assurer un fonctionnement plus convenable.

### Processus prioritaire : Compétences

La formation est une force pour les services périopératoires et interventions invasives.

Le personnel est compétent, spécialisé et qualifié. Le personnel est entouré d'étudiants, de stagiaires et de résidents, surtout à l'Hôpital Maisonneuve Rosemont (HMR). Nous sommes dans un milieu propice à l'excellence.

Des formations à l'interne sont offertes régulièrement au personnel et les formations externes sont supportées selon la disponibilité des ressources. Dans ce dernier cas, la formation est partagée avec les autres membres de l'équipe.

Concernant les pompes à perfusion, un registre des formations est en place. Il inclut le suivi des formations qui sont prévues périodiquement pour l'ensemble du personnel utilisateur, les formations pour les nouveaux types de pompes et les formations de rattrapage pour le personnel occasionnel ou en retour d'absence prolongée.

L'évaluation du rendement et la réévaluation est conforme à l'Hôpital Santa-Cabrini (HSCO). L'équipe de l'HMR est encouragée à s'assurer de la réévaluation.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

La gestion médico-administrative est une perle qui perdure avec le temps et qui contribue à la bonne entente, au respect, à la collaboration, aux interactions ainsi qu'à la qualité et à la sécurité des soins.

Les services périopératoires baignent dans un bouillon de formation et de recherche.

Non seulement les équipes utilisent les données probantes, mais aussi elles les créent, surtout à l'HMR.

Nous sommes dans une culture de la mesure et de l'évaluation.

L'enseignement préopératoire est bien structuré et contribue efficacement à la coordination des soins et des services préopératoires, ainsi qu'à soutenir l'utilisateur dans toutes les étapes.

Un enseignement complet est donné à l'utilisateur et à sa famille et les coordonnées leur sont rendues disponibles pour requérir de l'information supplémentaire s'il y a lieu.

La formation en groupe à l'HSCO est une perle. Nous encourageons l'établissement à étendre cette pratique.

En pré-opératoire, le meilleur schéma thérapeutique possible est incomplet et basé sur une information donc certaines sources ne sont pas à jour (HMR). À notre rencontre avec un membre du personnel (HMR), l'ordonnance la plus à jour utilisée pour faire la revue de la médication était le profil provenant de la pharmacie et datait d'un mois. À l'HSCO, le profil de médicament demandé date d'au plus une semaine.

Il n'y a pas de bilan comparatif des médicaments.

L'augmentation des volumes d'activités et la complexité des cas au bloc opératoire et sur les étages, associées au vieillissement de la population, entraînent une pression importante sur les activités et les ressources.

Aux blocs opératoires, les équipes travaillent en cohésion et sont centrées sur la sécurité des soins aux usagers, malgré la non conformité des lieux.

Lors de la première étape de la liste de contrôle que nous avons observée, « Réunion préparatoire - avant l'induction de l'anesthésie », le patient n'était pas présent. L'équipe est encouragée à réaliser cette étape en présence du patient. L'absence du patient prive l'équipe de la capacité du patient à corroborer ou à réfuter les informations. Ceci permettrait d'éliminer ou de minimiser les rares erreurs d'interventions aux sites opératoires désignés p.ex. le genou qui doit être opéré, l'œil qui doit être opéré. D'ailleurs sur le nouveau formulaire qui sera prochainement utilisé on peut lire : « Avec la participation du patient en salle d'induction ou d'opération ».

Le temps d'arrêt est réalisé avec rigueur et sérieux, sauf pour certaines chirurgies.

L'établissement est encouragé à utiliser une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire pour toutes les chirurgies incluant les chirurgies ophtalmologiques.

Au niveau des unités de soins chirurgicaux, les équipes multidisciplinaires s'activent à assurer des soins basés sur les meilleures pratiques aux clientèles de la chirurgie.

Les membres des équipes participent activement aux orientations des unités, à leur fonctionnement et à l'amélioration continue des soins et des services.

Nous félicitons l'équipe de direction et les médecins, car des rappels périodiques sont faits pour l'ensemble des pratiques organisationnelles requises.

Dans le même sens, les stations visuelles sont facilitantes pour des informations diverses, pour le suivi des objectifs, pour l'identification des problèmes et des solutions, ainsi que pour des rappels.

Toute l'équipe est encouragée à s'impliquer dans la surveillance des bonnes pratiques p. ex. le protocole de la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse, mais aussi dans la surveillance d'éléments plus élémentaires ou moins complexes comme le respect du code vestimentaire à l'intérieur ou à l'extérieur du bloc opératoire.

On ne peut passer outre le programme «PUR» (Eras) qui contribue à l'excellence des soins et services. Il est un exemple de collaboration interdisciplinaire (HMR).

Ce programme qui existe depuis 2012-2013 est centré sur l'utilisateur, sur la qualité et la sécurité des soins. Bien qu'il fut adressé à une clientèle spécifique à son début, il s'étend à d'autres services chirurgicaux et même à l'HSCO. Plusieurs initiatives découlent des pratiques qu'il préconise et améliorent les soins dans l'ensemble des services périopératoires.

### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Nous sommes dans un milieu où le partage de l'information sur l'utilisateur est coordonné entre les membres de l'équipe étendue et tous les secteurs en lien direct avec la chirurgie.

Dans ce milieu, les exigences et les lacunes liées à la technologie, aux systèmes d'information et à la tenue de dossier sont cernées et communiquées rapidement aux instances concernées.

Actuellement, le dossier est en deux formats : papier et numérisé. Par conséquent, il arrive que le dossier ne soit pas complet ce qui peut retarder une chirurgie. Parfois, le dossier antérieur n'est pas disponible, d'autres fois, il manque des éléments pertinents à la chirurgie dans le dossier. Des processus de corrections sont en cours et des rappels se font régulièrement.

Malgré l'information, la formation et les rappels, des abréviations dangereuses sont parfois utilisées.

Des audits sont effectués sur la tenue des dossiers des usagers. Cependant, le processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers n'a pas été conçu avec l'apport des usagers et des familles.

### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Dans le projet PUR (Eras), il y a un patient partenaire. Dans les autres services de chirurgie, le processus n'est pas aussi avancé.

Bien que toutes les équipes tentent de prendre en compte les besoins et les attentes des usagers, les activités courantes et les activités d'amélioration continue pourraient refléter de façon plus formelle l'apport des usagers et de leurs familles.

Toutes les équipes des deux sites sont à l'affût des meilleures pratiques et le nouveau regroupement de l'ensemble des établissements de santé devrait permettre de faire profiter chaque site de l'expertise de l'autre site.

Les équipes ont mis en place toute l'approche nécessaire à l'identification des objectifs d'amélioration continue de la qualité, incluant des attentes des usagers. Des indicateurs ont été définis et sont suivis périodiquement lors des réunions d'équipe.

La station visuelle dans le local du personnel, dans les aires communes ou dans la zone semi-stérile (Pavillon Rosemont), permet à tous de suivre les résultats de façon continue. Les objectifs sont mis à jour au fur et à mesure que ceux qui ont été préalablement identifiés sont implantés.

L'équipe est encouragée à évaluer, avec l'équipe de prévention des infections, si la station visuelle qui est située dans la zone semi-stérile respecte les critères de sécurité.

Encore une fois, les lieux ne sont pas conformes. Par conséquent, ces lieux ne favorisent pas la qualité et la sécurité des soins. L'équipe fait des efforts gigantesques pour s'assurer d'une prestation optimale dans des conditions difficiles.

#### **Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

La gestion et l'administration sécuritaire des médicaments au bloc opératoire sont une préoccupation constante de l'ensemble des équipes.

Toutes les politiques et procédures sont en place pour en assurer l'encadrement. La généralisation de leur application est bien soutenue.

Les médicaments sont entreposés de façon sécuritaire, dans les chariots sécurisés avec traçabilité automatisée des utilisateurs. Les narcotiques sont conservés aussi dans les chariots sécurisés ou dans des endroits sécuritaires sous clé.

Une attention particulière devrait être portée aux médicaments spécifiques à chacun des anesthésistes, car ceux-ci étaient placés sur le comptoir du poste de la réception à l'entrée du bloc opératoire, dans une petite boîte non fermée (HSCO).

## Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	

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

<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
11.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	

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

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe connaît très bien sa clientèle recevant des services régionaux d'oxygénothérapie à domicile et ses besoins. Elle répond à leurs besoins rapidement en leur offrant une panoplie de services dont les télésoins à domicile. Elle les analyse et établit ses priorités en conséquence. La clientèle est majoritairement adulte mais des services aux enfants peuvent être offerts.

Depuis la dernière visite, l'équipe a fait des efforts pour corriger certaines lacunes dont l'accessibilité sécurisée aux archives.

Elle établit ses buts et objectifs et en fait la mesure de façon régulière. L'équipe fait le suivi des indicateurs et en fait l'analyse. L'équipe connaît très bien les services qu'elle peut offrir et ce, en partenariat avec les autres CIUSSS de Montréal.

L'équipe a mis en place différents comités pour faire de l'amélioration continue une priorité. L'équipe a fait face à différents enjeux dont un déménagement récent dans de nouveaux locaux. Une approche Kaizen a été faite en 2014 afin de revoir tout le cheminement de la clientèle recevant des services d'oxygénothérapie. Suite au déménagement, l'équipe a dû revoir ses processus tout en gardant en tête les gains du Kaizen.

L'équipe a une approche interdisciplinaire qui répond aux besoins de la clientèle selon leur champ de compétence.

L'équipe devrait revoir la circulation du matériel souillé car celui-ci cohabite avec le propre.

Depuis quelques semaines, le déploiement de la station visuelle permet un suivi des différents objectifs de l'équipe et un partage entre les différents intervenants.

#### **Processus prioritaire : Compétences**

Le personnel est compétent et est orienté selon sa spécialité. On note une excellente complicité entre les membres de l'équipe. Les membres connaissent leurs rôles et leurs responsabilités et travaillent en synergie et en complémentarité. L'équipe est complétée par un pneumologue qui, selon ses dires, est en appui aux équipes de travail, tellement l'équipe est autonome.

Un programme d'orientation est fait pour les nouveaux employés. Le personnel a eu de la formation générale sur les principes de gestion des risques et de sécurité et les appliquent. Grâce à une formation dispensée au personnel, celui-ci sait comment réagir si des comportements agressifs dans un milieu de soins à domicile se présentent. En cas de suspicion de comportements agressifs, le personnel sera accompagné et si les comportements sont récidivants, l'analyse des services sera faite en partenariat avec l'ensemble de l'équipe. L'utilisateur sera avisé de la décision de l'équipe.

Le processus d'évaluation au rendement avait été débuté mais il a été ralenti par l'absence imprévue de gestionnaires. L'équipe est consciente de cette situation et souhaite recommencer le processus en janvier. L'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts.

#### **Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'équipe est composée de différents professionnels. Ces personnes communiquent entre elles au besoin. Dans les cas les plus complexes, des rencontres interdisciplinaires sont planifiées pour discuter du plan de traitement.

Toutes les demandes de service sont acheminées à l'accueil. Les demandes arrivent par différents moyens et sont évaluées afin d'identifier le bon intervenant. Les délais d'attente sont très courts pour l'ensemble des professionnels. En cas de besoin urgent, l'équipe modifiera ses priorités afin de répondre avec diligence à la demande.

Le consentement de l'utilisateur est implicite. Le personnel traite le patient avec respect et empathie et il a un souci pour assurer des soins de qualité et sécuritaires. Le vouvoiement est utilisé. L'utilisateur est informé de ses droits et connaît la procédure en cas d'insatisfaction. A cet effet, un guide est remis lors la première visite portant sur différents points dont l'aspect sécurité. Une évaluation de la sécurité à domicile est faite. Le programme d'aide à l'évacuation d'urgence est en place. On responsabilise l'utilisateur pour le suivi à faire concernant l'utilisation de l'oxygène à domicile auprès des instances telles que le service incendie de la ville de Montréal.

Un programme de prévention des chutes est en place et une évaluation des risques est faite auprès de la clientèle. Parmi les responsabilités du service, l'équipe dispose d'un parc d'équipement varié afin de répondre aux différents besoins respiratoires de la clientèle à domicile. Un programme informatique permet le recensement de tout le matériel informatique ainsi que l'entretien préventif pour assurer une utilisation sécuritaire.

L'équipe fait de l'enseignement auprès de la clientèle. Elle s'assure de la compliance de l'utilisateur à ses soins. Dans certaines situations, elle refait l'enseignement et valide les apprentissages.

Le client rencontré à domicile est très satisfait des services et connaît les personnes ressources si le besoin se présente. L'évaluation des facteurs de risque est faite au domicile. Il a une confiance totale envers ses intervenants. Il connaît très bien son plan de match médical lors de l'exacerbation des symptômes et avoue que ce programme lui évite des hospitalisations répétées.

### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe se fie aux données probantes et aux guides cliniques pour orienter ses pratiques professionnelles notons le programme national d'oxygénothérapie, l'assistance respiratoire à domicile. Les membres se partagent l'information sur les nouvelles pratiques lors de réunions.

Un irritant majeur pour l'équipe de soins est l'absence de l'informatisation des données cliniques. L'équipe en fait un enjeu d'avoir un dossier clinique informatisé répondant aux normes professionnelles et permettant surtout d'améliorer la continuité des soins et la transmission de l'information. Malgré les délais, l'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts dans la réussite de ce projet.

Chaque usager a un dossier. Chaque professionnel fait sa note d'observation lors des interventions sur une feuille de suivi. De plus, l'équipe utilise un carnet de route qui permet de recueillir de l'information sur différents aspects. Cependant, cette feuille est remplie au plomb. Il serait pertinent que cette feuille soit remplie à l'encre pour assurer une sécurité des données saisies et que toutes les données apparaissent lorsque la numérisation des dossiers se fera.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**


Des rencontres d'équipe ont lieu régulièrement et la philosophie de gestion collaborative est privilégiée.

En cas d'incident ou d'accident, un formulaire AH-223 est complété et l'analyse est faite par le gestionnaire. Un consentement est alors exigé.

L'équipe a un comité d'amélioration continue de la qualité. Elle a fait un sondage de satisfaction de la clientèle et l'utilise comme levier pour améliorer ses services. L'équipe est très créative et il est suggéré comme atout d'amélioration, l'ajout d'un patient partenaire comme membre actif du comité.



## Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.4 Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'utilisateur au sein des équipes et entre elles.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
<p>8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.</p> <p>8.5.1 Les types d'utilisateurs des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi sont précisés et consignés.</p> <p>8.5.2 En ce qui a trait aux utilisateurs des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, la fréquence à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments est précisée et consignée.</p> <p>8.5.3 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>8.5.4 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>

8.5.5	Les écarts entre les sources d'information sur les médicaments sont réglés en partenariat avec l'utilisateur et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.	PRINCIPAL
8.5.6	Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et conservée dans le dossier de l'utilisateur.	PRINCIPAL
8.5.7	L'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

11.8	Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
12.3	Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.	

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

13.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
15.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Plusieurs cliniques ambulatoires ont été visitées dans les milieux hospitaliers et quatre CLSC du CIUSSS.

L'équipe dispose de locaux parfois très beaux et bien organisés dans certains secteurs alors que d'autres sont d'une grande vétusté. L'équipe connaît très bien ces enjeux et les vit au quotidien. Plusieurs projets sont en voie de réalisation ou en planification. Afin de répondre aux besoins qui se dispensent dans des locaux exigus, l'équipe de l'hémodialyse a un projet de réaménagement en cours. Le nouveau centre d'hémodialyse devrait ouvrir ses portes à l'hiver 2019. Il est à noter dans la conception des plans et devis, la présence de patients partenaires consommateurs des services d'hémodialyse. De plus, l'équipe est encouragée à maximiser l'utilisation des espaces et des aires d'attente en particulier lorsqu'une clinique est fermée.

La présence des bénévoles dans le secteur ambulatoire est très importante et très appréciée de l'équipe de soins et des usagers.

Tous les secteurs connaissent très bien leurs clientèles. La clientèle est majoritairement adulte et surtout locale. L'équipe a établi des corridors de services avec les partenaires du réseau local et régional. L'ensemble des équipes rencontrées font face à une volumétrie de plus en plus importante. L'équipe a accès à des services de soutien en cas de difficultés. Les premières références sont les pairs, les équipes interdisciplinaires.

Le programme d'entretien préventif des appareils est bien fait et documenté dans un registre par le génie biomédical. En endoscopie à HMR, le matériel souillé cohabite avec le matériel propre créant des risques croisés de contamination. L'équipe a un projet de réaménagement de ce secteur qui débutera en janvier 2018 et répondra aux standards. En attendant ce projet, l'équipe est fortement encouragée à faire preuve de vigilance pour maintenir le matériel propre libre de contaminants.

Chaque secteur rencontré a un mode fonctionnement qui lui est propre tout en étant fonctionnel. Le secteur de l'ophtalmologie a fait une activité de type kaizen afin de limiter le temps d'attente aux guichets d'accueil. Parmi les éléments les plus intéressants de ce projet, le poste de répartition est, selon les intervenants, le cœur du kaizen. Les résultats sont intéressants et prometteurs d'autant plus que l'équipe s'est adjointe la collaboration des usagers pour avoir leur opinion.

### Processus prioritaire : Compétences

L'ensemble des secteurs ont des équipes interdisciplinaires disponibles pour répondre aux besoins de la clientèle. Chaque professionnel respecte son champ de compétence et sa pratique professionnelle. Les membres de l'équipe ont l'occasion de parfaire leurs connaissances en participant à des congrès, des journées de formation ou autres.

Les membres des équipes interdisciplinaires sont physiquement proches les uns des autres. Cette proximité favorise les communications pour assurer une bonne coordination des services et des discussions dans les cas plus complexes. Le nouveau personnel du secteur est orienté en mode jumelage avec le personnel expérimenté du département. L'équipe aurait intérêt à produire des programmes d'orientation avec un tronc commun afin d'harmoniser la formation de base dans les secteurs ambulatoires généraux.

A sa fonction de centre universitaire, l'équipe participe à la formation de différents stagiaires dans différentes spécialités et titres d'emploi. Les liens sont faits avec les maisons d'enseignement. Parmi les activités notables, précisons les liens avec l'école d'optométrie de l'Université de Montréal (première au Canada), les fellowships et autres.

Le suivi des usagers dans chacune des spécialités visitées est fait par une équipe de professionnels. Des professionnels de pointe sont présents pour répondre aux différentes problématiques de santé spécifiques à leur secteur respectif.

Le personnel n'est pas évalué de façon régulière mais un processus est en cours de développement pour favoriser la contribution des employés.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les services externes offrent des heures d'ouverture élargies pour satisfaire aux besoins des clients. Dans certains secteurs, les heures peuvent être ajustées selon les besoins. L'ensemble des services répond aux besoins des patients en urgence ou en référence de dernière minute en plus de la clientèle planifiée.

Chaque client des services est évalué selon les procédures en place. Une collecte de données est en place dans tous les secteurs. Toute l'information est consignée au dossier.

L'information clinique est disponible au dossier des clients. Les résultats des examens diagnostiques sont disponibles à l'écran et sur papier. Il faut noter cependant la retranscription des résultats de laboratoire dans le secteur de l'hémodialyse. L'équipe est encouragée à revoir cette procédure de retranscription afin d'éviter les risques d'erreur d'autant plus que cette recommandation faisait partie du dernier agrément.

Les rendez-vous sont octroyés pour répondre aux clients qui ont des besoins particuliers. Les listes d'attente sont revues régulièrement et une nouvelle priorisation peut être faite en fonction des changements cliniques et des urgences. En cas d'absence à un rendez-vous, l'équipe fait une vigie pour identifier les raisons et apporte les corrections lorsque la situation peut être corrigée par l'organisme. Les secteurs visités n'utilisent pas le BCM sauf en hémodialyse car la présence d'un pharmacien favorise cette pratique.

La documentation remise dans l'ensemble des secteurs est facile à comprendre et provient d'organismes reconnus par exemple la fondation canadienne des maladies du rein ou des feuillets d'informations sont créés et remis à la clientèle.

Tout au long du continuum de soins ou selon une visite unique (clinique de soins), l'état du patient est réévalué au besoin. Les clients se disent informés du plan de traitement et des soins reçus de la part du personnel. L'enseignement est fait pour la plupart des patients de façon individuelle. L'information ou l'enseignement est validé plus d'une fois afin de s'assurer de la compréhension.

En hémodialyse, le plan de traitement est revu régulièrement avec l'utilisateur. L'offre de la dialyse à domicile est discutée afin de maximiser l'autonomie du client dans la prise en charge de ses soins. L'équipe respecte la décision de la clientèle de recevoir des soins à leurs services étant donné les effets psychosociaux positifs pour les usagers.

La gestion de la médication est faite selon les normes professionnelles. Dans l'ensemble des cliniques, des corridors de services sont bien établis pour répondre aux besoins de la clientèle.

Dans les différents CLSC, il existe une collaboration étroite entre les différents professionnels. La communication entre les gestionnaires et les équipes de travail est très bonne. Des caucuses d'échange sont faits régulièrement. Ces caucuses se feront dorénavant devant les stations visuelles. L'équipe a instauré des rencontres CIUSSS de leurs secteurs pour échanger sur les pratiques cliniques et de gestion. L'équipe voit ce changement de façon très positive. Par contre, différents défis se présentent aux équipes comme l'harmonisation des pratiques, l'optimisation de l'offre de services et une meilleure prise en charge de la clientèle. L'arrivée massive des migrants à l'été 2017 a occasionné des demandes de service additionnelles. L'équipe a ajusté ses ressources humaines et matérielles pour répondre à la demande.

Les réalités sociodémographiques et ethniques sont des défis quotidiens de l'équipe qui s'ajustent au mieux à ces situations.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

Chaque client a un dossier précis et mis à jour à chaque visite. Cependant, dans certains secteurs dont l'orthopédie ambulatoire à Santa Cabrini, une note infirmière n'est pas faite. L'équipe est encouragée à réfléchir sur une feuille simplifiée de documentation clinique pour montrer les preuves de la visite. De plus, des ordonnances collectives devraient être développées pour favoriser la fluidité des visites et ce, en toute légalité. Le parc informatique est à améliorer. Plusieurs personnes mentionnent le fait qu'il manque des postes informatiques pour répondre à leurs besoins cliniques.

Certains secteurs font de la recherche et respectent les normes du comité d'éthique à la recherche. L'ensemble des secteurs offre des services basés sur les données probantes ou des lignes directrices. Une meilleure planification des horaires des cliniques en fonction des listes d'attente et des horaires médicaux pourrait permettre d'utiliser des ressources à leur plein potentiel et de mieux répartir l'offre de services. L'équipe est encouragée à discuter avec les équipes médicales de cet enjeu de planification. Elle pourrait en profiter pour discuter de l'offre de services afin de s'assurer que le patient est au bon endroit, au bon moment.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe utilise les données probantes pour offrir des soins de qualité et sécuritaires. L'équipe a les ressources humaines pour répondre aux besoins de la clientèle. Dans certains secteurs, une évaluation est en cours afin de revoir les plans d'effectifs pour répondre aux besoins croissants de la clientèle et à la volumétrie grandissante tout en respectant les compétences professionnelles. Des développements technologiques font l'objet de demandes auprès de la direction.

L'équipe est sensibilisée à la gestion des risques. Elle met en place des initiatives locales pour diminuer les risques potentiels et améliorer la qualité du service. La déclaration des incidents-accidents est faite lors d'événements indésirables. L'équipe en fait l'analyse et propose des pistes d'amélioration. La prévention des chutes est un élément de surveillance qui est appliqué dans chacun des secteurs.

Plusieurs clients émettent des commentaires de satisfaction à l'intention du personnel. Il est proposé à l'équipe d'élaborer des questionnaires de satisfaction dans l'ensemble des secteurs. Les usagers se

disent très satisfaits des soins reçus et de l'attitude du personnel à leur égard. L'équipe s'assure de la double identification ce qui est confirmée par la clientèle. Dans certains secteurs, l'équipe s'est adjointe des patients partenaires pour améliorer ses services à partir de l'expérience patient. Ces projets d'amélioration sont positifs. Il est suggéré de partager ses expériences dans d'autres secteurs afin d'améliorer les services.

L'équipe fait le suivi d'indicateurs tant administratifs que cliniques. Elle les analyse et propose des pistes d'amélioration en fonction des résultats.

---

## Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
2.5 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
2.8 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
3.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
3.12 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.	
5.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.13 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.	!
9.10 Un protocole est suivi pour l'interruption de la sédation pendant une journée.	
9.11 Un outil de dépistage du délire est utilisé, en partenariat avec l'utilisateur et la famille, pour déterminer si l'utilisateur présente des symptômes de délire.	

9.14 La trousse de l'initiative Soins de santé plus sécuritaires maintenant! sur la pneumonie acquise sous ventilation assistée (PAV) est mise en oeuvre pour tous les usagers sous ventilation, en partenariat avec l'usager et la famille.



**Processus prioritaire : Aide à la décision**

13.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.



14.1 De la formation et du perfectionnement sur les lois sont offerts pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les usagers.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

17.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.



17.10 L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.

17.11 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

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

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Les équipes s'efforcent d'adapter leurs services aux besoins en évolution de la clientèle. Le développement de lits de soins intermédiaires en est un exemple. Les liens sont étroits entre les équipes pour fournir à l'usager les services spécialisés requis par sa condition.

Pour permettre une meilleure accessibilité aux soins pour la famille, les heures de visite ont été bonifiées.

Les ressources humaines sont planifiées pour être en mesure d'assurer une prestation de soins sécuritaires.



L'environnement physique du secteur de Maisonneuve-Rosemont présente des défis importants en termes de sécurité, de confidentialité, de respect de la vie privée et de calme.

Les postes de travail des intervenants sont très près des chambres des usagers. Ces chambres ne comportent pas de portes obligeant les usagers et les familles à entendre les discussions de tous les intervenants ainsi que le bruit continu des imprimantes, téléphones et autres équipements. Ces activités nuisent grandement au repos nécessaire à cette clientèle présentant des problématiques graves et plus susceptible de développer des épisodes de délire. De plus, la confidentialité des échanges entre les professionnels et l'usager est absente.

La prévention des infections constitue un autre enjeu important. L'isolement nécessaire pour certains patients est sous-optimal compte tenu de la présence d'un seul rideau au chevet et de la proximité du matériel propre et stérile entreposé dans des aires ouvertes et dans les corridors par manque de place. Il y a croisement de matériel souillé et propre dans une même utilité. On compte deux salles de bain pour tous les lits de l'unité.

L'espace dédié à la salle d'attente pour les familles est très restreint. Les espaces de rangement sont quasi inexistant, ce qui occasionne un encombrement important par de l'équipement et du matériel non utilisé et par une série de boîtes de carton contenant du matériel destiné aux soins.

Les chambres à pression négative ou positive ne comportent aucune antichambre.

### Processus prioritaire : Compétences

Les employés des secteurs de soins intensifs ont accès à des activités de formation et de développement variés et sous différentes formes. Le co-développement est présent entre les équipes médicales et les équipes de professionnels.

Le programme d'orientation a été revu récemment pour Maisonneuve-Rosemont et l'intention est présente de faire le même exercice pour l'équipe de Santa Cabrini.

Des critères ont été établis pour répartir la charge de travail des employés de chacun des secteurs.

Les intervenants sont très sensibilisés aux diverses réalités culturelles de leur clientèle. Des efforts sont faits pour répondre et adapter les pratiques aux besoins des différentes communautés. Il faut souligner, à cet effet, le projet d'installer dans la salle d'attente des familles, un écran comportant des informations déroulantes dans cinq langues différentes.

L'utilisation des données probantes est systématisée dans les deux secteurs et des pratiques cliniques innovantes sont mises de l'avant. Les protocoles et techniques de soins sont disponibles sur support informatisé. Par ailleurs, une sensibilisation demeure à faire auprès des employés pour maximiser leur utilisation.

L'évaluation du rendement est effectuée auprès de tous les nouveaux employés, mais demeure à consolider pour l'ensemble des intervenants.

La gestion sécuritaire des pompes à perfusion est en place. Dans une perspective d'amélioration, l'équipe est invitée à établir un processus pour examiner les données tirées des pompes intelligentes pour réajuster les alertes au besoin dans le secteur de Maisonneuve-Rosemont.

Les approches de collaboration sont présentes au sein des équipes. Elles demeurent à structurer de façon plus formelle par des rencontres interdisciplinaires plus régulières. Les équipes sont invitées aussi à demander de la rétroaction aux usagers et aux familles pour mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Différentes approches sont utilisées : journal L'INTENSIF, courriel, affichage « Station Visuelle » pour transmettre les informations ainsi que les rappels aux employés.

Des employés ont été formés durant la dernière année en regard de la prévention de la violence ou du harcèlement. L'organisation est encouragée à poursuivre dans cette voie.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les critères d'admission aux services sont bien établis et connus des partenaires. Des efforts sont faits pour faciliter l'accès rapide aux soins intensifs pour tous les usagers qui le nécessitent.

Une évaluation du niveau de soins est faite rapidement après l'admission et ajustée au besoin. Les usagers et leurs familles sont régulièrement consultés sur l'évolution du plan de traitement et sur les décisions à prendre.

Les différents professionnels communiquent quotidiennement pour la mise à jour du plan de traitement. Les différents mécanismes de transfert de l'information sont bien structurés dans les équipes et avec les partenaires des autres secteurs. Les équipes sont invitées à maintenir les rencontres interdisciplinaires amorcées pour discuter des problèmes plus complexes. Un accès rapide aux services psychosociaux est privilégié même pendant l'épisode de soins intensifs pour préparer rapidement la transition vers d'autres services.

Les équipes peuvent compter sur des ordonnances collectives et des protocoles respectant les données probantes pour guider leur pratique clinique. Des outils normalisés sont utilisés pour procéder aux différentes évaluations. Par ailleurs, le protocole d'interruption de la sédation en vue du sevrage de la ventilation mécanique et l'outil de dépistage du délire demeurent à développer.

Le transfert d'information est efficace entre les services pour assurer le suivi du continuum de soins lors du congé des usagers. À cet effet, il faut souligner l'initiative intéressante du suivi 24 heures après le congé des soins intensifs effectué par les médecins intensivistes de l'Hôpital Santa Cabrini dans le but d'éviter les réadmissions.

Les équipes sont encouragées à poursuivre les travaux déjà amorcés pour harmoniser les pratiques cliniques entre les deux centres.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

La tenue des dossiers respecte les normes reconnues pour le partage de l'information clinique. Les données cliniques sont recueillies à l'aide de formulaires standardisés et avec la participation de l'utilisateur et/ou de la famille.

Dans une perspective d'amélioration, les équipes sont invitées à se doter d'un processus plus structuré d'évaluation du contenu du dossier de l'utilisateur pour s'assurer de la pertinence et de l'efficacité des pratiques.

Récemment, quelques monitrices cliniques en soins intensifs ont reçu une formation sur le respect de la vie privée. L'équipe est encouragée à diffuser ce perfectionnement aux autres membres des deux équipes de soins intensifs.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Une approche proactive est présente dans les équipes pour identifier les risques et mettre en place les mesures de prévention nécessaires. Les processus de vérification des activités à risque sont appliqués.

Les possibilités d'amélioration sont décelées et plusieurs activités sont réalisées. Il faut souligner à cet effet, tout le travail effectué durant la dernière année pour la gestion des médicaments d'alerte élevée, le déploiement du bilan comparatif dans les secteurs de soins critiques ainsi que le plan d'action récemment élaboré pour faire face à l'augmentation du taux de bactériémie de la dernière année.

Les équipes doivent toutefois s'assurer d'inclure dans leurs plans d'amélioration de la qualité, des objectifs mesurables comportant des échéanciers précis et le suivi des indicateurs choisis. La diffusion des résultats des activités d'amélioration aux équipes, usagers/familles ainsi qu'aux partenaires internes et externes demeure à implanter.

#### **Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

Une conseillère pour les dons d'organes ainsi qu'un coordonnateur médical sont présents dans le secteur de Maisonneuve-Rosemont depuis plusieurs années. Les protocoles sont développés pour le don d'organes par décès neurologique ainsi que par décès cardio-circulatoire. L'approche de style découplage est utilisée pour s'adresser à la famille et la conseillère au don d'organes est impliquée dès le début du processus.

On peut constater que les pratiques de dépistage et de maintien des donneurs potentiels sont bien établies. Le taux d'identification des donneurs se situe à 92% pour la dernière année. Le taux de consentement au don varie de 70 à 85%.

Une formation de 3 heures est offerte sur le don d'organes aux nouveaux employés lors de l'orientation générale. Durant la dernière année, les intervenants de l'Hôpital Santa Cabrini ont pu bénéficier de la formation sur l'identification des donneurs potentiels, ce qui a permis d'identifier 2 donneurs. L'équipe est encouragée à poursuivre ses efforts pour déployer complètement le programme de don d'organes pour ce secteur.

Le comité du don d'organes du CIUSSS, qui regroupe des ressources en provenance des deux hôpitaux, procède à la revue annuelle de dossiers de décès pour s'assurer que les donneurs potentiels sont bien identifiés.

## Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
6.8 Un processus de soins est utilisé après les heures normales et lorsque la clinique est fermée pour les usagers et leur famille qui doivent avoir accès à des services de soins primaires après les heures normales de travail.	!
6.9 Le processus de soins après les heures normales et lorsque la clinique est fermée comprend la façon de répondre aux demandes de renouvellement des médicaments ou de renseignements sur les médicaments après les heures de travail et en cas d'urgence.	
6.10 Les usagers et leur famille ont accès à un service de télétriage tous les jours 24 heures sur 24.	!
6.11 La capacité de l'utilisateur à accéder aux services fait l'objet d'un suivi, et les renseignements obtenus servent à apporter des améliorations à la prestation des services.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
12.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
14.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
14.6 Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.	!

16.9 Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en oeuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.



#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Le leadership clinico-administratif est présent. L'ensemble de l'équipe, les usagers et la famille en retirent des avantages.

La volonté d'intégrer le patient et la famille dans la prise de décisions est apparente.

La contribution du patient partenaire apporte une dimension singulière à l'expertise de l'équipe dans sa recherche d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Cela apporte une valeur ajoutée.

L'expérience patient est positive et contribue au mieux-être de toutes les parties prenantes.

On observe une belle collaboration et un partage entre les intervenants.

L'équipe fait preuve de créativité afin d'assumer les responsabilités en lien avec la gestion, les soins, l'enseignement et la recherche.

Pour le visiteur d'Agrément Canada, l'expérience de la visite du GMFU a été intéressante, enrichissante et revalorisante. Il y a tout lieu de croire que l'expérience du patient est similaire.

##### Processus prioritaire : Compétences

Nous sommes en présence d'une équipe apprenante.

La formation et le perfectionnement font partie de la culture de ce groupe de médecine familiale universitaire (GMFU). Elle porte sur des sujets variés et pertinents, notamment sur des modèles de prestation de soins, sur la façon de résoudre des conflits d'intérêts, sur les technologies utilisées pour la prestation des services.

L'approche est collaborative et interdisciplinaire.

Des formations à l'interne sont offertes régulièrement. Les médecins, le personnel, et les résidents y participent comme formateurs ou comme apprenants.

Les formations externes sont supportées selon la disponibilité des ressources. Dans ce dernier cas, la formation est partagée avec les autres membres de l'équipe au retour de la formation.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Un des défis de l'équipe est l'accessibilité aux services.

L'équipe tente de cerner les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles et les prestataires de services d'accéder aux services. Des solutions sont proposées, mais il reste beaucoup à faire. À titre d'exemple, le temps d'attente au téléphone pour accéder à la réceptionniste de la GMFU a été de plus de 10 minutes, lorsque nous avons tenté l'expérience, en milieu d'après-midi, durant un jour de semaine.

Des indicateurs, comme le temps d'attente jusqu'au prochain rendez-vous disponible ou le troisième rendez-vous disponible, sont à venir afin de guider les interventions en vue d'améliorer la capacité de l'utilisateur à accéder aux services.

Les usagers et les familles prennent une part active dans leurs soins.

L'approche patient-partenaire est effective. Nous avons été en mesure de l'objectiver.

Les questions d'éthique sont cernées, discutées, gérées et, la plupart du temps, réglées sur place avec le soutien des professionnels possédant une expertise dans le domaine. Les situations éthiques sont aussi une source d'apprentissage pour les étudiants et de perfectionnement pour les professionnels.

Dans la mesure du possible, un accès aux services de soins primaires est offert le jour même aux usagers et à leur famille.

La majorité des médecins participent à l'accès adapté.

Les patients rencontrés ont souligné qu'ils ont été accueillis et pris en charge rapidement, chaleureusement et avec respect. Ils ont été en mesure d'objectiver l'interdisciplinarité et l'ont grandement appréciée.

À la question posée : "quel est le point fort de cette clinique ?", une patiente a répondu : «La détermination de ceux qui me soignent à trouver des solutions à mes problèmes».

La clinique offre des services à une clientèle variée incluant des personnes âgées en perte d'autonomie. La clinique comporte un long corridor. Une main courante et/ou des strapontins pourraient faciliter les déplacements.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Il existe un dossier médical informatisé. Celui-ci inclut le prescripteur électronique pour les médecins. Ce dossier est convivial et complet.

Il existe aussi un dossier médical antérieur qui est en format papier. Les intervenants nous mentionnent qu'il est accessible au besoin.

Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers. Selon l'information obtenue, ce processus n'a pas été conçu avec l'apport des usagers et des familles.

De la formation est offerte sur les politiques et procédures relatives à la tenue de dossier.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Un objectif prioritaire d'amélioration du GMFU concerne l'accessibilité.


La problématique a été identifiée, soit à partir de sondage de satisfaction, soit à partir des commentaires des usagers ou à la suite de plaintes. L'équipe a déjà identifié certaines pistes d'amélioration. Afin d'assurer le suivi de ce dossier, l'équipe est encouragée à se doter d'objectifs spécifiques, mesurables, atteignables et réalisables dans un temps donné (SMART). Actuellement les indicateurs sont plutôt du type subjectif. L'ajout d'indicateurs objectifs viendra faciliter la mesure et l'évaluation.

Avec l'arrivée et la contribution d'un nouveau gestionnaire, l'emphase est accordée au comité d'amélioration continue de la qualité. Dans le plan d'action du comité, on retrouve les thèmes suivants, sur lesquels les efforts seront concentrés : partenaires, communauté, compétence clinique et pédagogique, soins et services centrés sur le patient et professionnels dévoués. Encore une fois, il est suggéré de se doter d'indicateurs et d'objectifs SMART.

L'appropriation des politiques et procédures du CIUSSS, le maintien de la collégialité ou le mieux-être au travail, ainsi que l'intégration des nouveaux professionnels sont des défis à relever pour l'équipe.



## Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.	
4.1 Thérapie systémique seulement : Des instructions claires et faciles à suivre sont apposées sur toutes les pompes à perfusion.	!
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
8.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
8.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
8.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
12.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
15.6 Soins en consultation externe seulement : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.	
15.6.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, la fréquence à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments est précisée et consignée.	<b>PRINCIPAL</b>

15.6.4	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.	PRINCIPAL
15.6.7	L'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL
16.5	Un processus est en place pour traiter les demandes des usagers qui veulent apporter leurs propres médicaments et se les faire administrer.	

24.4 Les technologies, systèmes et logiciels sont interopérables.

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

23.7 Il existe une politique concernant la conservation des dossiers sur les traitements du cancer.



#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

27.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.



#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Malgré la réalisation d'un sondage de satisfaction au niveau organisationnel à tous les 3 ans, les équipes sont invitées à développer des moyens pour systématiser la collecte d'information auprès de la clientèle de façon plus régulière pour définir l'offre de services et pour évaluer les activités spécifiques dans l'ensemble des secteurs du programme.

La présence d'un patient partenaire au sein du comité de coordination du programme est un élément essentiel pour obtenir la vision de l'utilisateur. Les équipes sont invitées à développer cet apport au sein des différentes activités du programme.

Les équipes sont aussi encouragées à structurer leurs liens avec les partenaires de la communauté de façon plus formelle pour faciliter la trajectoire de l'utilisateur tout au long du continuum de soins.

**Processus prioritaire : Compétences**

Le développement des compétences ainsi que l'accès aux données probantes est très présent dans les différents secteurs du programme de cancérologie. La présence de multiples activités de recherche dans le milieu permet un arrimage rapide avec les activités cliniques pour changer les pratiques. L'organisation est reconnue comme un leader dans le domaine de la cancérologie et plusieurs certifications ou reconnaissances reçues dans les dernières années, en font foi. Les intervenants ont établi des liens étroits avec les instances locales, régionales et provinciales en traitement contre le cancer.

Les membres des équipes ont accès à différentes formules pour soutenir leur développement : club de lectures, conférences midi, colloques, participation à des communautés de pratiques autant régionales que provinciales. Les infirmières sont encouragées à obtenir une certification reconnue en oncologie ou en soins palliatifs.

Les équipes démontrent une volonté certaine d'intégrer de plus en plus les usagers et leurs représentants dans les activités du programme. Déjà certains patients partenaires participent aux groupes d'enseignement pour la clientèle et une représentante des usagers siège au comité de coordination du programme. Les équipes sont invitées à élargir la représentativité des usagers pour tenir compte de l'ensemble des secteurs concernés et à leur offrir une orientation spécifique pour soutenir leurs activités.

Pour développer les compétences des employés en éthique, l'organisation est invitée à poursuivre ses travaux en regard de la diffusion et de la planification de la formation concernant le nouveau cadre de référence éthique du CIUSSS.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les activités du programme de cancérologie du CIUSSS découlent directement des orientations ministérielles. Des efforts importants sont déployés par les équipes pour répondre aux besoins des usagers et pour garder des délais d'accès aux services qui sont inférieurs aux cibles ministérielles. Compte tenu de l'augmentation attendue des cancers dans la population, l'organisation devra poursuivre ses travaux pour s'assurer d'avoir les ressources nécessaires pour y faire face. Ainsi une révision des tâches des infirmières pivot est planifiée pour permettre de mieux répondre à l'augmentation des demandes.

La clinique ambulatoire de traitements oncologiques à l'Hôpital Maisonneuve Rosemont manque d'espace. La salle d'attente reçoit un nombre important de visiteurs et le nombre de fauteuils dédiés aux traitements peine à répondre aux demandes actuelles. En ce sens, le projet de développement d'un centre intégré en cancérologie, qui est en élaboration, pourrait apporter des améliorations notoires en termes d'espace et pour la coordination des services à offrir à cette clientèle.

L'équipe du secteur de radio-oncologie se conforme aux lois et normes reconnues pour l'administration des traitements. Les mesures de sécurité sont en place. La diminution du nombre d'appareils LINAC a été identifiée, par l'équipe, comme un enjeu pour répondre aux demandes de traitement de certains patients.

La participation de l'utilisateur et de sa famille dans le plan de traitement est favorisée et il existe un grand respect des décisions prises par celui-ci. Les usagers rencontrés nous ont tous souligné l'approche respectueuse et le soutien apporté par l'équipe interdisciplinaire dans la gestion de leur épisode de soins. Beaucoup d'enseignement est fait pour favoriser une prise de décision éclairée chez l'utilisateur.

La présence d'équipes interdisciplinaires regroupant plusieurs types de professionnels dans chaque secteur est un atout important dans la coordination du plan de traitement de l'utilisateur. L'équipe de cancérologie a pour objectif de compléter l'approche interdisciplinaire actuelle en intégrant la participation d'infirmières praticiennes spécialisées.

Il faut souligner l'excellente initiative de développement du programme CROIRE pour les patients atteints de cancer. Ce programme offre des activités d'enseignement et de soutien avec l'apport de patients ressources.

Les protocoles et pratiques cliniques sont en cours de révision pour s'assurer d'une harmonisation dans tous les secteurs du programme. Les équipes sont invitées à poursuivre leurs démarches dans ce sens.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les renseignements sur les usagers sont recueillis en respectant la confidentialité et à l'aide de formulaires normalisés. La participation des usagers et des familles est encouragée lors de la collecte initiale d'informations et tout au long de l'épisode de soins.

La tenue de dossier des différents sites respecte les normes attendues. Il existe une politique globale dans l'organisation pour la gestion des dossiers qui devra être adaptée à la réalité du programme de cancérologie de façon plus spécifique. Le maintien de dossiers satellites constitue un risque pour lequel des mécanismes de transfert de l'information doivent être établis pour s'assurer de la disponibilité des informations cliniques en temps opportun et ce partout dans le CIUSSS.

Les systèmes informatiques utilisés pour la gestion des données cliniques de l'utilisateur sont nombreux et sans interopérabilité entre eux, pour la plupart. Dans une perspective d'amélioration, l'organisation est invitée à favoriser l'intégration des données cliniques dans un seul endroit de façon à rendre disponible rapidement toute l'information nécessaire à l'équipe interdisciplinaire.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe de cancérologie s'efforce de maintenir à jour ses lignes directrices selon les plus récentes données scientifiques. Les diverses activités de recherche permettent d'intégrer des améliorations rapides dans la pratique.

Il existe une culture de gestion des risques bien implantée. Les accidents sont déclarés et les mesures de prévention des activités à risques sont présentes. Les équipes sont sensibilisées régulièrement lors des rencontres d'équipe à la prévention des risques.

Chaque secteur procède à des activités d'amélioration de la qualité. Des indicateurs précis sont suivis de façon régulière. Dans une perspective d'amélioration, les équipes sont invitées à indiquer des échéanciers précis de réalisation de leurs activités.

Le projet de station visuelle qui a été réalisé en clinique ambulatoire d'oncologie est un exemple d'exercice qui a permis d'améliorer la communication et le climat de travail dans l'équipe.

### **Processus prioritaire : Gestion des médicaments**


Les équipes ont accès aux lignes directrices sur la manipulation sécuritaire des médicaments oncologiques. Les processus de vérification sont bien en place depuis la réception de l'ordonnance jusqu'à l'administration au patient.

L'équipe peut compter sur la présence permanente de pharmaciens dans les unités et les secteurs ambulatoires. Des formulaires standardisés pour les ordonnances sont utilisés.

Toutes les normes de sécurité sont respectées lors de l'administration des médicaments oncologiques. Les processus de double vérification sont effectués pour le dosage du médicament et pour le calibrage de la pompe.

Dernièrement, les infirmières ont reçu plusieurs formations et rappels concernant la manipulation sécuritaire des médicaments cytotoxiques. Le protocole d'extravasation a été révisé et diffusé dans l'ensemble des secteurs. Les lignes directrices et les troussees concernant les déversements accidentels de médicaments toxiques sont présentes dans chaque secteur.

## Ensemble de normes : Transfusions - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	
1.1 Au moins tous les deux ans, l'équipe recueille l'information sur la demande de services transfusionnels, y compris le niveau d'utilisation des services, les temps d'attente, l'opinion des usagers sur les services, et les tendances en matière de besoins relatifs aux services de différents groupes, par exemple, selon l'âge ou le problème de santé.	
1.2 Au moins tous les deux ans, l'équipe passe en revue l'information recueillie au sujet de la demande de services transfusionnels afin de cerner les points forts et les possibilités d'amélioration, et pour apporter les changements qui s'imposent.	
1.3 Les membres de l'équipe devraient revoir l'information ensemble et la communiquer à d'autres équipes administratives et cliniques dans l'organisme, au besoin.	
8.3 L'équipe maintient le système d'alarme en bon état afin d'avertir le personnel des changements de conditions ou des défauts, et elle le vérifie régulièrement.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	

L'organisme du Centre Intégré Universitaire de Santé et Services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal dispose de l'ensemble des procédures permettant d'assurer le bon fonctionnement du service transfusionnel. Ces procédures sont implantées et respectées par le personnel du service transfusionnel et des unités de soins de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital Santa Cabrini.

Un système de gestion documentaire (Omni-Assistant) est en place et est très bien structuré. Ce système permet l'harmonisation des politiques et procédures (PON) dans tous les établissements du CIUSSS et est accessible à tous les intervenants par le site intranet. La mise à jour des procédures est facilitée par des alertes émises par le système quelques mois avant l'échéance de deux ans.

L'organisme dispose d'un processus de requête pour répondre aux demandes de transfusion et d'un processus afin d'assurer la traçabilité des produits sanguins. Le bordereau d'émission est complété et porté au dossier des usagers.

La déclaration des incidents-accidents transfusionnels permet de cerner et d'évaluer les événements indésirables liés à une transfusion et d'en faire le suivi. La déclaration est implantée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et à l'Hôpital Santa Cabrini.

Le consentement éclairé est effectué auprès des usagers par le médecin et l'infirmière. Un avis écrit concernant la notification des transfusions reçues est remis à l'utilisateur par le personnel infirmier. La notification et le consentement éclairé sont implantés dans les deux établissements.

Un plan de formation structuré est élaboré et implanté pour les différents intervenants qui effectuent les actes transfusionnels.

Des audits sont effectués régulièrement sur les unités de soins par la chargée clinique de sécurité transfusionnelle en collaboration avec l'infirmière conseillère en soins infirmiers ou l'infirmière clinicienne. Un suivi est réalisé par l'équipe et un plan d'action sur les mesures correctives est appliqué. Le rapport est remis aux chefs responsables des unités de soins.

Concernant les audits, il serait intéressant de développer des outils plus conviviaux comme des tableaux de bord avec indicateurs afin de faciliter la collecte de données et les améliorations à apporter. Des modèles sont déjà existants dans l'organisation.

À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont le comité de médecine transfusionnelle est actif. Il est composé d'intervenants de différentes spécialités médicales incluant des représentants médicaux et des infirmiers de l'Hôpital Santa Cabrini. L'hématologue directeur médical des services transfusionnels est le même pour les deux établissements.

Un point fort pour les services transfusionnels de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est l'harmonisation des pratiques transfusionnelles avec l'Hôpital Santa Cabrini et l'excellente collaboration des différents intervenants.

Un point fort pour l'Hôpital Santa Cabrini est l'adaptation des intervenants avec leur clientèle italienne. Comme par exemple, la traduction en italien des informations à remettre aux usagers concernant les transfusions sanguines.

Les services transfusionnels sont sécuritaires tant à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qu'à l'Hôpital Santa Cabrini.

## Ensemble de normes : Transplantation d'organes et de tissus - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.8 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.	
4.9 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
6.8 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.12 Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec le receveur potentiel et la famille, et il est consigné.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
22.1 Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.	
<b>Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus</b>	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	



**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Le programme de transplantation d'organes et de tissus du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal comporte une offre de services complète pour le volet de la greffe rénale. Cette dernière est conçue avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté. Transplant Québec est un partenaire très influent qui facilite la mise en place et l'encadrement du programme. À cet égard, il faut souligner l'excellente collaboration des médecins dans tous les aspects clinico-administratifs du programme. De plus, le travail effectué par l'équipe en ce qui a trait à l'élaboration et la mise à jour des outils cliniques et du manuel des procédures opératoires normalisées (PON) mérite d'être souligné. Un comité de vigie assure la révision des PON et voit à la création de nouvelles, le cas échéant. Enfin, un programme est en place afin d'assurer un contrôle qualité quant à l'application rigoureuse des PON par les intervenants. Les indicateurs qui en découlent font l'objet d'une analyse permettant d'identifier diverses possibilités d'ajustement et d'amélioration visant à bonifier la sécurité et la qualité de l'offre de services.

Pour ce qui est de la formulation des buts et des objectifs dans les divers secteurs cliniques du programme de greffe rénale du CIUSSS, on a pu constater que l'apport des usagers et des familles n'est pas toujours pris en compte. Toutefois, on remarque une grande volonté du milieu d'aller dans ce sens avec entre autres la mise en place de l'équipe Service d'amélioration continue de la qualité à l'unité de greffe rénale (6AB) à laquelle il pourrait être très bénéfique d'intégrer la participation d'un patient partenaire.

**Processus prioritaire : Compétences**

Le programme de greffe rénale du CIUSSS peut compter sur l'expertise d'une équipe interdisciplinaire composé de médecins et de professionnels compétents, rigoureux et engagés. Un processus d'orientation structuré de ces ressources permet de s'assurer que les connaissances nécessaires à la dispensation sécuritaire des soins aux greffés rénaux tout au long de leur épisode de soins sont acquises. Par ailleurs, de la formation dont celle reliée aux pompes à perfusion, et du perfectionnement sont offerts régulièrement aux membres de l'équipe afin de maintenir à jour leurs connaissances dans le domaine de la transplantation rénale. La possibilité de participer annuellement à des colloques spécialisés dans le domaine de la transplantation d'organes est aussi offerte au coordonnateur au don et à la coordonnatrice en greffe. De plus, l'environnement universitaire dans lequel évolue le programme de greffe rénale favorise les échanges formels et informels entre les médecins, l'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie, les résidents, les étudiants et les intervenants, en plus de renforcer le travail d'équipe et de rehausser le niveau de connaissances cliniques et scientifiques.

On note que de la formation et du perfectionnement sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins ne sont pas offerts. Toutefois, la diversité culturelle de la clientèle et du personnel du milieu favorise le développement des habiletés et des connaissances dans ce domaine. Pour ce qui est de la formation et du perfectionnement sur le modèle de prestation de soins de l'organisme qui préconise des soins centrés sur l'utilisateur et la famille, on note que malgré une offre de formation plutôt limitée dans ce domaine, l'équipe du programme de greffe rénale accorde déjà une grande importance à ce type d'approche.

En ce qui a trait à la formation entourant le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique, l'organisme est encouragé à poursuivre ses travaux visant à mieux faire connaître l'offre de services du Service d'éthique du CIUSSS. Pour ce qui est de la formation et du perfectionnement offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements et les agressions, l'organisme est encouragé à poursuivre ses travaux en lien avec la planification des priorités en matière de communication/formation à l'échelle du CIUSSS et d'y inclure cette thématique. Cette formation constituerait un atout pour les prestataires de soins qui assurent le suivi postopératoire des greffés rénaux à l'unité 6AB.

Par ailleurs, les intervenants œuvrant tant à la clinique ambulatoire qu'à l'unité de soins 6AB peuvent bénéficier d'une évaluation du rendement réalisée par le supérieur immédiat qui supervise ces secteurs. On encourage la poursuite de cette pratique de gestion puisqu'elle constitue un excellent levier pour maintenir la mobilisation des ressources.

#### **Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les usagers qui sont acceptés dans le programme de greffe rénale du CIUSSS pour recevoir un rein ont accès à une gamme de soins et services de qualité et sécuritaires. Ces derniers sont planifiés en partenariat avec les usagers et leurs familles et en fonction de leurs besoins.

Tout au long de ce processus clinique, les futurs greffés et les transplantés rénaux ainsi que leurs familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins. À l'unité de soins 6AB de l'HMR, les greffés rénaux ne participent pas systématiquement à l'élaboration de leurs plans de soins. L'équipe est donc encouragée à saisir l'opportunité qui lui est offerte en lien avec la philosophie du CIUSSS qui favorise la participation de l'utilisateur et de sa famille à la planification et à la dispensation de ses soins.

Il est aussi important de souligner le souci et la rigueur que démontrent les membres de l'équipe tout au long de l'épisode de soins afin d'assurer une continuité de soins la plus optimale possible.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe du programme de greffe rénale de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal est en place depuis plusieurs années et fait preuve d'une grande expertise dans le domaine de la transplantation du rein.

Plus de 700 dossiers satellites sont conservés et consignés à la clinique ambulatoire afin de permettre aux membres de l'équipe d'assurer le suivi clinique ainsi que des soins et services sécuritaires pour les greffés rénaux. La conservation de ces dossiers à cet emplacement ne compromet en rien la disponibilité 24/7 de l'ensemble des données présentes dans les dossiers médicaux conservés aux archives puisqu'ils ne contiennent que des copies des documents originaux. Les lois, les règlements dont celui de Santé Canada sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation, ainsi que les politiques

et procédures entourant la protection de la vie privée, les délais de conservation et la tenue de dossier sont respectés. Des systèmes d'information adéquats soutiennent les activités cliniques des membres de cette équipe dont l'engagement et le professionnalisme sont à souligner.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats


Bien que des audits soient effectués régulièrement pour mesurer l'évolution des différents indicateurs en lien avec la pratique et les activités cliniques du programme, la culture de mesure demeure à être consolidée auprès des intervenants qui sont en contact direct avec les greffés rénaux. En effet, ces indicateurs sont bien connus du personnel d'encadrement de l'organisme mais beaucoup moins par le personnel qui œuvre auprès de la clientèle du programme de greffe rénale. L'équipe est donc invitée à développer une stratégie qui facilite la présentation de ces indicateurs afin de créer un effet de levier et de mobilisation auprès de ces derniers et ainsi favoriser la pérennité de la culture d'amélioration continue de la qualité. La mise en place des stations visuelles opérationnelles (SVO) représente une belle opportunité à saisir.

Par ailleurs, l'équipe est aussi encouragée à poursuivre ses travaux en lien avec le projet d'élaboration du questionnaire sur l'expérience patient qui représente une autre forme d'indicateur qui permet d'aller chercher l'apport des usagers et des familles pour améliorer la qualité des soins et services offerts. Également, l'intégration éventuelle d'un patient partenaire au sein de l'équipe service d'amélioration continue de la qualité à l'unité 6AB pourrait s'avérer une autre manière intéressante d'aller chercher l'apport de la clientèle. À cet égard, l'implication des quatre patients partenaires au sein des ateliers de formation des compagnons de la donation et de la transplantation animés par les coordonnateurs de la clinique ambulatoire du CIUSSS mérite d'être soulignée.

#### Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus

Au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, tous les éléments faisant partie de la trajectoire de soins et services pour une transplantation rénale sont bien définis dans un programme basé sur des lignes directrices reconnues dont celles de Transplant Québec. Ce programme comporte une description détaillée de tous les soins et services recommandés pour s'assurer d'une standardisation et d'une uniformisation de ces derniers, et ce, dans un environnement sécuritaire. À titre d'exemples, on peut mentionner l'utilisation au bloc opératoire de la liste de contrôle d'une chirurgie et l'identification des usagers qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse et chez qui une thromboprophylaxie appropriée est indiquée après la chirurgie. Par ailleurs, les règles entourant toute la notion de consentement éclairé y sont détaillées. Il est important de mentionner qu'un contrôle qualité serré est exercé par la conseillère cadre en soins infirmiers pour s'assurer du respect de tous les éléments à chacune des étapes du programme.

## Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.6 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.	!
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.14 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
10.5 En partenariat avec les usagers, familles ou soignants, l'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'usagers non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).	
10.5.1 L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
10.5.2 Les critères pour un groupe cible d'usagers non admis qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments sont déterminés et les raisons expliquant le choix de ces critères sont consignées.	<b>PRINCIPAL</b>
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
14.1 Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'utilisateur et sa famille.	!
14.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	

16.2	La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.	
16.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
18.4	Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus</b>		

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

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

La cogestion médico-administrative mérite d'être soulignée puisqu'elle est appréciée par les médecins et les gestionnaires rencontrés. De plus, elle permet une meilleure appropriation des problématiques de gestion rencontrées dans les milieux et facilite, par la même occasion, la mise en place de solutions.

On tente d'impliquer les usagers et les familles dans la conception des services. Jusqu'à maintenant, le succès est modeste.

La collaboration avec les partenaires est présente et permet d'améliorer la sécurité et l'efficacité de l'offre de services. Des efforts sont à poursuivre dans ce sens.

Les lieux physiques des services d'urgence sont adéquats et sécuritaires, sauf la salle d'isolement à l'Hôpital Santa-Cabrini.

L'achalandage demeure une difficulté.

Des travaux sont en cours pour bonifier l'amélioration de la fluidité des services de l'urgence.

À l'arrivée dans la salle d'urgence, le patient est dirigé vers le triage avant de se diriger à l'inscription.

On remarque, à la salle d'urgence de l'Hôpital Maisonneuve Rosemont, une longue file d'attente pour l'inscription. Ceci retarde le processus. Des strapontins permettraient-ils d'améliorer le confort pendant l'attente?

Après le triage, un patient P4 ou P5 peut se voir offrir une place en clinique réseau. Pour obtenir le rendez-vous en clinique réseau, le patient doit repasser une deuxième fois par l'inscription. Ce qui occasionne, pour le patient, une attente supplémentaire.

Dans l'optique d'améliorer l'expérience patient, l'équipe est encouragée à revoir son fonctionnement dans ce secteur afin d'éviter des délais et des répétitions.

#### Processus prioritaire : Compétences

Les services d'urgence peuvent compter sur l'expertise de ressources humaines compétentes et engagées qui bénéficient d'un encadrement clinique de qualité.

Un processus d'orientation structuré permet de s'assurer que les connaissances des ressources nécessaires à la dispensation sécuritaire des soins aux usagers sont acquises.

Par ailleurs, de la formation, dont celle reliée aux pompes à perfusion et du perfectionnement, est offerte régulièrement aux membres de l'équipe afin de maintenir à jour leurs connaissances.

À cet égard, il faut souligner l'existence du laboratoire de simulation clinique qui apporte de la valeur à tout le processus de formation.

Des échanges formels et informels entre les médecins et les infirmières favorisent le travail d'équipe et constituent aussi un autre moyen de rehausser les connaissances.

Cependant, il est à souligner qu'avec les grands espaces de la nouvelle urgence, le personnel a vécu et peut vivre encore un éloignement physique entre les différents intervenants.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

Des interventions ont été entreprises dans les deux milieux pour améliorer le triage.

Les évaluations au triage sont réalisées systématiquement.

À l'Hôpital Santa-Cabrini on ne comptabilise pas le temps entre l'arrivée du patient et le triage. À l'Hôpital Maisonneuve Rosemont, on le fait.

De plus, à l'Hôpital Santa-Cabrini, le personnel du triage ne voit pas les patients qui arrivent par ambulance. Le personnel doit sortir de la salle du triage pour évaluer ou réévaluer le patient. La réévaluation est plus problématique dans les deux milieux. Des efforts sont en cours et devraient être poursuivis.

Un consentement écrit n'est pas toujours obtenu et consigné avant la prestation des services.

La capacité d'adaptation aux changements est une force observée auprès de l'ensemble du personnel.

Des efforts importants sont déployés pour améliorer la fluidité des patients et la réponse optimale aux besoins des patients, notamment l'utilisation de la zone d'évaluation rapide, les ordonnances collectives, la possibilité de mettre sur civière un patient en attente d'être vu par le médecin.

Concernant la prévention des chutes, il est notable de souligner les efforts dans les deux milieux, mais surtout à l'Hôpital Santa-Cabrini.

À l'Hôpital Santa-Cabrini, il y a eu en 2017 une perte de plusieurs médecins. L'équipe comptait 30 médecins. Elle n'en compte plus que 17. Ceci pourrait devenir problématique et mérite une attention particulière de la part de la direction.

Malgré la présence de pharmaciens dans les services d'urgence, il n'y a pas de bilan comparatif des médicaments (BCM). La majorité des patients qui sont hospitalisés sont vus par le pharmacien qui révisé la médication et effectue le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Afin de favoriser la qualité et la sécurité des soins, l'organisation est encouragée à se doter d'un BCM, au minimum pour une clientèle ciblée.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les deux services d'urgence visités utilisent des technologies et des systèmes d'information clinique et de gestion qui sont appréciés des utilisateurs.

Chaque usager présent dans ces services possède un dossier à jour. Ce dossier comprend une série de renseignements standards sur sa santé.

Cependant, dans quelques dossiers consultés, le consentement général aux soins n'était pas signé. D'ailleurs, selon l'information obtenue, on rapporte que le consentement pour certaines interventions serait signé dans 50% des cas.

Le processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, n'a pas été conçu avec l'apport des usagers et des familles.

Les intervenants respectent les politiques et les procédures entourant l'utilisation du dossier et des communications électroniques, le partage d'information sur l'usager, ainsi que la tenue de dossier. Pour ce faire, de la formation et du perfectionnement sont offerts.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe réalise des sondages de satisfaction et collecte de commentaires auprès des clients de l'urgence.

Des efforts sont en cours pour bonifier l'apport des usagers et de leur famille. L'organisme est encouragé à poursuivre dans ce sens et à formaliser des processus dans un contexte d'amélioration de la sécurité et de la qualité.

L'analyse des incidents et des accidents, la transmission des constats et des mesures correctives aux intervenants est une source d'enseignement afin d'éviter que ces événements se reproduisent.

L'utilisation des données probantes fait partie de la culture de l'équipe de soins. Les sources sont multiples et proviennent de l'interne ou de l'externe notamment, des spécialistes, des guides de pratiques, d'ordres professionnels, ainsi que de la formation et des bonnes pratiques qui proviennent d'autres établissements.

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

Félicitations, l'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire. Nous vous encourageons à poursuivre dans la voie de l'excellence.

À l'Hôpital Maisonneuve Rosemont, une attention particulière est portée par le personnel de l'urgence. L'équipe est bien informée de tout le dossier des dons d'organes et de tissus.

À l'Hôpital Santa-Cabrini, la sensibilisation du personnel et la formation sont en cours.

L'établissement est encouragé à poursuivre et à accentuer sa démarche.



## Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 10 mai 2017 au 15 juillet 2017**
- **Nombre de réponses : 16**

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	0	6	94	92
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	93
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	69	19	13	65
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	13	0	88	85

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	6	0	94	94
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	13	88	97
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	0	6	94	93
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	19	81	94
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	19	13	69	60
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	6	94	92
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	6	6	88	96
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	13	6	81	86
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	95
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	13	88	93
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	96
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	45	0	55	79
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	20	13	67	61

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	0	7	93	76
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	13	27	60	57
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	6	6	88	81
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	31	13	56	40
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	19	13	69	79
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	25	0	75	90
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	19	13	69	77
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	0	19	81	89
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	60	0	40	85
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	60	20	20	77
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	20	60	20	86
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	6	94	94

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	44	11	44	89
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	6	0	94	84
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	60	0	40	87

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	% Faibles / Correctes	% Bonnes	% Très bonnes / Excellentes	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
33. La sécurité des usagers	19	13	69	79
34. La qualité des soins	25	13	63	81

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 15 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

### Planification des mesures à prendre

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

## Annexe B - Processus prioritaires

### Processus prioritaires qui se rapportent aux normes qui touchent l'ensemble du système

Processus prioritaire	Description
Capital humain	Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.
Cheminement des clients	Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.
Communication	Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.
Environnement physique	Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.
Équipement et appareils médicaux	Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.
Gestion des ressources	Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.
Gestion intégrée de la qualité	Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.
Gouvernance	Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.
Planification et conception des services	Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.
Préparation en vue de situations d'urgence	Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.
Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

## Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

## Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Don d'organes (donneur vivant)	Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.
Épisode de soins	Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.

Processus prioritaire	Description
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Leadership clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Santé publique	Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.
Services de diagnostic – Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic – Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.