



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Montréal, QC

Séquence 3

Dates de la visite d'agrément : 12 au 17 juin 2022

Date de production du rapport : 10 août 2022

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 juin 2022. Ce rapport de visite repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	24
Commentaires de l'organisme	29
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	30
Résultats détaillés de la visite	32
Résultats pour les manuels d'évaluation	33
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	33
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	35
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	38
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	41
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	43
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	44
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	45
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	48
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	51
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	53
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	55
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)	57
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	59
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation	61
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	63
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	66
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	68

Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	69
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	71
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	73
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	74
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	79
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	82
Ensemble de normes : Télésanté	82
Annexe A - Programme Qmentum	84

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 mènent des visites d'agrément pendant lesquelles ils évaluent le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes sont prises en considération dans la décision relative au type d'agrément à l'issue du cycle de 5 ans.

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 12 au 17 juin 2022**

- **Emplacements**

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

1. CLSC de Mercier-Est
2. CLSC de Rosemont
3. CLSC de Saint-Léonard
4. GMF CLSC de Saint-Michel
5. Hôpital Maisonneuve-Rosemont
6. Hôpital Maisonneuve-Rosemont-Pavillon Rosemont
7. Hôpital Santa Cabrini

- **Manuels d'évaluation**

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

1. Santé physique
2. Services généraux









- **Normes**

Normes sur l'excellence des services

1. Télésanté

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	13	0	0	13
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	125	2	0	127
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	634	33	11	678
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	22	2	0	24
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	592	11	36	639
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	91	3	0	94
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	498	23	10	531
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	38	0	0	38
Total	2013	74	57	2144

Analyse selon les chapitres des manuels d'évaluation

Le programme Qmentum permet de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins et des services sécuritaires, et de haute qualité qui sont gérés efficacement.

Les manuels d'évaluation sont accompagnés de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à ces derniers.

Les chapitres des manuels d'évaluation traitent de populations, de secteurs et de services bien précis dans un programme-services. Les chapitres qui servent à évaluer un programme-service sont choisis en fonction du type de services offerts.

L'information contenue dans le tableau fait état des manuels d'évaluation qui ont servi à évaluer l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Santé physique									
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	47 (97,9%)	1 (2,1%)	0	86 (97,7%)	2 (2,3%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences	46 (90,2%)	5 (9,8%)	0	72 (100,0%)	0 (0,0%)	0	118 (95,9%)	5 (4,1%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	37 (90,2%)	4 (9,8%)	0	39 (86,7%)	6 (13,3%)	3	76 (88,4%)	10 (11,6%)	3
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques	41 (93,2%)	3 (6,8%)	0	62 (98,4%)	1 (1,6%)	5	103 (96,3%)	4 (3,7%)	5

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie	41 (95,3%)	2 (4,7%)	0	45 (100,0%)	0 (0,0%)	5	86 (97,7%)	2 (2,3%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie	37 (97,4%)	1 (2,6%)	0	45 (100,0%)	0 (0,0%)	5	82 (98,8%)	1 (1,2%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie	76 (100,0%)	0 (0,0%)	0	85 (100,0%)	0 (0,0%)	0	161 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	25 (92,6%)	2 (7,4%)	1	54 (93,1%)	4 (6,9%)	2	79 (92,9%)	6 (7,1%)	3
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	80 (97,6%)	2 (2,4%)	0	63 (98,4%)	1 (1,6%)	0	143 (97,9%)	3 (2,1%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	28 (96,6%)	1 (3,4%)	0	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (98,6%)	1 (1,4%)	0
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	69 (89,6%)	8 (10,4%)	0	58 (96,7%)	2 (3,3%)	2	127 (92,7%)	10 (7,3%)	2
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)	46 (100,0%)	0 (0,0%)	0	63 (100,0%)	0 (0,0%)	5	109 (100,0%)	0 (0,0%)	5
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	36 (100,0%)	0 (0,0%)	0	44 (100,0%)	0 (0,0%)	8	80 (100,0%)	0 (0,0%)	8

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation	57 (100,0%)	0 (0,0%)	1	48 (100,0%)	0 (0,0%)	5	105 (100,0%)	0 (0,0%)	6
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	29 (100,0%)	0 (0,0%)	3	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0	71 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0	16 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	690 (96,0%)	29 (4,0%)	5	822 (98,2%)	15 (1,8%)	40	1512 (97,2%)	44 (2,8%)	45
Services généraux									
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	46 (95,8%)	2 (4,2%)	0	85 (96,6%)	3 (3,4%)	0
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	14 (100,0%)	0 (0,0%)	3	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0	32 (97,0%)	1 (3,0%)	3
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique	14 (93,3%)	1 (6,7%)	3	40 (95,2%)	2 (4,8%)	0	54 (94,7%)	3 (5,3%)	3
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	5 (100,0%)	0 (0,0%)	0	18 (100,0%)	0 (0,0%)	0	23 (100,0%)	0 (0,0%)	0

Manuel(s) d'évaluation Chapitre(s)	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	37 (100,0%)	0 (0,0%)	1	45 (95,7%)	2 (4,3%)	2	82 (97,6%)	2 (2,4%)	3
Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants	28 (100,0%)	0 (0,0%)	0	38 (100,0%)	0 (0,0%)	3	66 (100,0%)	0 (0,0%)	3
Total	137 (98,6%)	2 (1,4%)	12	205 (96,7%)	7 (3,3%)	5	342 (97,4%)	9 (2,6%)	12
Télésanté									
Ensemble de normes : Télésanté	20 (95,2%)	1 (4,8%)	0	29 (90,6%)	3 (9,4%)	0	49 (92,5%)	4 (7,5%)	0
Total	20 (95,2%)	1 (4,8%)	12	29 (90,6%)	3 (9,4%)	0	49 (92,5%)	4 (7,5%)	0
Total	847 (96,4%)	32 (3,6%)	12	1056 (97,7%)	25 (2,3%)	45	1903 (97,1%)	57 (2,9%)	57

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	3 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	4 sur 4
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	4 sur 5
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Identification des usagers (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Liste de contrôle d'une chirurgie (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Non Conforme	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Non Conforme	3 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Non Conforme	3 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Communication		
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	4 sur 5
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	4 sur 5
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments		
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
Formation sur les pompes à perfusion (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 1 - Excellence des services)	Conforme	6 sur 6
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	8 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur)	Conforme	8 sur 8

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail		
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	3 sur 8
Prévenir la congestion au service des urgences (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Non Conforme	5 sur 8
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Non Conforme	1 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	3 sur 3
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	3 sur 3
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Conforme	1 sur 1
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	1 sur 1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	5 sur 5
Prévention des plaies de pression (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences)	Non Conforme	2 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR))	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile)	Conforme	5 sur 5
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics))	Non Conforme	4 sur 5

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Prévention du suicide (Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	5 sur 5
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants))	Conforme	5 sur 5
Soins efficaces des plaies (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile)	Conforme	8 sur 8
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 5 - Services de néonatalogie)	Conforme	3 sur 3

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques		
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 6 - Services de pédiatrie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 7 - Services d'oncologie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux)	Conforme	3 sur 3
Stratégie de prévention des chutes (Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation)	Conforme	3 sur 3

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

L'établissement

La mission du Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux de l'Est-de-Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) est bien définie par le ministère de la Santé et des Services sociaux et couvre la très grande majorité des soins et services généraux, spécialisés et surspécialisés pour le grand territoire de l'est de Montréal, allant de la naissance aux soins palliatifs.

La population du territoire présente des indicateurs sociodémographiques inférieurs à ceux de la région de Montréal, de même qu'un taux de vieillissement plus élevé, avec un pourcentage élevé d'immigrants. Avec 26 pour cent de la population de la région montréalaise, le CIUSSS-EMTL ne possède que 17 pour cent des ressources en lits hospitaliers, ce qui constitue un facteur majeur sur le débordement chronique des services des urgences.

L'établissement participe très activement à l'enseignement et à la recherche en affiliation avec l'Université de Montréal.

Les vagues successives de la pandémie de COVID-19, qui ont commencé au début de l'année 2020, ont déferlé de façon majeure sur les services hospitaliers et les ressources de l'établissement qui a enregistré les plus hauts taux d'hospitalisations COVID au Québec.

Constatations générales

La vision de l'établissement et ses engagements reposent sur un accès simplifié et des services de proximité, des pratiques de qualité centrées sur l'expérience de l'utilisateur, un milieu de travail humain et en santé, des services de pointe et des pratiques d'excellence.

Les grandes priorités se concentrent sur la main-d'œuvre, l'accès aux soins et services et l'innovation.

Depuis la dernière visite en 2017, le CIUSSS-EMTL a déployé des efforts importants pour donner suite aux recommandations touchant le bilan comparatif des médicaments et le transfert d'information aux points de transition, malgré le contexte difficile des deux dernières années, et a mis en place les moyens nécessaires pour améliorer leur taux de conformité. Le bilan comparatif des médicaments est devenu une priorité pour

l'établissement et il est en déploiement accéléré, dépassant actuellement les 50 % de réalisation. La structuration des informations aux points de transition s'est implantée dans plusieurs programmes et services.

Plusieurs projets structurants ont été mis en place pour améliorer l'accès aux services, basés sur l'amélioration continue, l'innovation et la participation des usagers partenaires. Plusieurs projets de construction et de réaménagement ont également été réalisés ou sont en voie de l'être pour répondre à la vétusté de plusieurs installations. La construction d'un pavillon d'oncologie de 36 lits avec des activités connexes a permis de sortir cette clientèle, souvent immuno- supprimée, des secteurs plus à risque d'infection. Le réaménagement du bloc opératoire et du secteur de retraitement des dispositifs et équipements médicaux à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale sera réalisé sous peu. Le projet le plus important qui est actuellement en planification concerne l'ajout de plusieurs lits au site de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Commentaire global sur l'évaluation des programmes-services et de la Télésanté

Au cours des dernières années, le CIUSSS-EMTL s'est doté d'un cadre de référence en gestion intégrée de la performance et de la qualité qui s'appuie sur une démarche d'amélioration continue, avec le déploiement d'un système de gestion intégrée de la qualité et d'une démarche d'évaluation, basée sur une culture de la mesure et l'instauration d'une culture juste. Le déploiement des stations locales de pilotage des principaux indicateurs suivis par les équipes de soins et de services témoigne de l'implantation de l'approche globale.

La gestion intégrée des risques s'étend à l'ensemble des risques pouvant interférer avec l'atteinte de la performance de l'établissement. La cartographie des risques a été établie et des objectifs organisationnels viennent compléter et soutenir les plans d'action des équipes. Les structures de coordination et de suivi, incluant les rapports périodiques sous forme de tableaux de bord, sont bien développées et rendent compte de façon continue au Comité de vigilance et de la qualité qui relève du Conseil d'administration.

Les visiteurs ont été en mesure de constater que les équipes sont centrées sur les soins et les services à l'utilisateur et qu'elles intègrent une amélioration continue dans leurs pratiques, une prestation sécuritaire pour l'utilisateur et une culture d'évaluation, comme en témoignent les nombreuses évaluations et audits qui sont réalisés à la grandeur de l'établissement.

Commentaire spécifique à la télésanté

L'organisation du service de Télésanté présente une structure de gouvernance locale centralisée et qui est alignée avec les structures régionales et nationales existantes.

Depuis 2019, la demande de projets a augmenté de façon exponentielle et, à ce jour, le programme compte autour de 175 projets, dont 143 à titre de fournisseur de services et 32 comme receveur.

L'offre de service comble la demande actuelle et elle est évaluée régulièrement par le comité tactique. Ce comité demeure alerte aux besoins particuliers de tous les secteurs et des demandes spécifiques, en évaluant la pertinence des demandes de services par l'entremise d'un processus de demande et de suivi très bien structuré.

Un programme d'amélioration de la qualité basé sur la « roue de Deming » assure une démarche visant la qualité et la gestion efficace des projets.

Il faut souligner l'inclusion de l'utilisateur partenaire dans toutes les étapes du processus d'un projet en télésanté, soit la conception, les sondages de satisfaction et l'amélioration de services.

La conception du site Web dédié à la télésanté pour les particuliers et les professionnels permet de rendre accessible toute l'information pertinente afin de répondre aux préoccupations des familles et des professionnels qui souhaitent faire l'utilisation des services virtuels. On y retrouve aussi les divers formulaires et outils de sondage rattachés au secteur.

Le défi actuel de ce programme est de s'adapter à la vétusté et à la qualité du système de connexion internet sans fils, raison pour laquelle certains services ne peuvent pas être développés. Évidemment, les contraintes budgétaires constituent un frein au déploiement et l'établissement est encouragé à continuer ses démarches pour obtenir le financement nécessaire, ce qui permettrait notamment le développement de divers outils informatiques nécessaires, telle l'application Orion.

Commentaire spécifique au programme-services généraux

Les visiteurs ont été accueillis par des équipes tant au niveau de la gestion que de l'intervention qui sont demeurées motivées et mobilisées, et cela, en dépit de la crise de la COVID-19 qui a frappé durement l'établissement. Les gens font preuve à la fois de résilience, d'expérience et d'expertise.

La préparation de la relève est un enjeu conscient de l'établissement et des moyens doivent être renforcés pour en assurer le succès.

La philosophie de l'amélioration continue est bien présente dans l'organisation. Les soins sont adaptés en

continu aux besoins de l'utilisateur et ce dernier y joue un rôle important. La participation d'utilisateurs partenaires à de nombreux endroits est mise en évidence et la démonstration de la plus-value de cette pratique est éloquent.

En matière de sécurité, la gestion des risques est faite avec rigueur et la sécurité de l'utilisateur est perpétuellement au cœur de la réflexion clinique qui guide les soins qu'il reçoit, soins qui sont monitorés et offerts à la hauteur du requis de service de l'utilisateur.

Bien que les intervenants reçoivent de la formation en quantité et en qualité, les visiteurs invitent l'établissement à réfléchir sur l'intervention en situation de crise qui gagnerait à être bonifiée. Il a été possible de prendre connaissance de matériel très intéressant sur l'intervention sécurisante auprès de la communauté LGBTQ+. L'établissement est invité à en faire une plus large diffusion auprès des intervenants appelés à travailler avec des membres de la communauté. Il en va de même pour la sécurisation culturelle de l'offre de service.

Bien qu'un institut majeur en santé mentale soit une des composantes importantes de l'établissement, son rayonnement est très peu ressenti à l'intérieur.

Enfin, l'établissement est encouragé à soutenir davantage l'offre de services au niveau des groupes de médecine familiale (GMF) et des centres locaux de services communautaires (CLSC) et de mesurer les impacts sur la décongestion du Service des urgences. La dotation en ressources humaines et les espaces méritent l'attention de l'équipe de leadership.

Commentaire spécifique au programme-services Santé physique

La continuité des soins dans les trajectoires de services est assurée par l'enseignement donné aux usagers, le transfert d'informations aux partenaires et parfois, comme c'est le cas en oncologie, avec l'implication des infirmières pivots. Il en est de même pour le Service des urgences et les unités de soins avec l'équipe de la planification précoce et conjointe des congés (PPCC).

L'accès à certains services demeure précaire, notamment en lien avec l'engorgement chronique des services des urgences, ce qui entraîne une pression importante sur l'utilisation des lits et l'ensemble de l'activité hospitalière. Il a été démontré que l'établissement vit historiquement en déficit de lits hospitaliers pour desservir la population de l'est de l'île de Montréal. Un projet majeur d'agrandissement est en cheminement.

La pandémie de COVID qui a sévi au cours des deux dernières années a réquisitionné la majeure partie des lits

de soins intensifs et des délestages importants d'activités chirurgicales ont eu lieu, avec pour conséquences un allongement majeur des délais d'attente pour plusieurs chirurgies.

Les efforts de standardisation des pratiques au niveau des centres hospitaliers et des CLSC méritent d'être continués afin d'en arriver à une harmonisation. De même, des collaborations et des complémentarités plus étroites méritent d'être déployées par les CLSC afin d'assurer une meilleure fluidité des trajectoires de soins en lien avec la clientèle hospitalière.

La participation de l'utilisateur est sollicitée à toutes les étapes de la trajectoire de services, notamment dans le cadre de son plan d'intervention, mais aussi par un nombre croissant d'utilisateurs partenaires qui sont impliqués dans différents projets.

Dans l'ensemble des secteurs visités, les équipes interdisciplinaires fonctionnent efficacement et sont constamment orientées vers une approche-patient qui se veut humaine et d'un grand soutien.

Les visiteurs ont constaté qu'une pression très importante est exercée sur les services hospitaliers dans diverses trajectoires de services, incluant notamment les services des urgences. Bien qu'un plan de désengorgement des services des urgences soit en place, les actions dictées par ce dernier demeurent difficiles à mettre en œuvre. Un meilleur équilibre pourrait être obtenu dans la répartition des surcharges de clientèle auprès des CLSC en valorisant leur rôle et en adaptant leur offre de services tout comme c'est déjà fait avec les services ambulatoires.

Enfin, pour les services pédiatriques, la fluidité du cheminement des usagers contribue au désengorgement du service des urgences. Belle approche centrée sur l'utilisateur avec des plans d'intervention individualisés. La consignation des transferts aux points de transition demeure inégale selon les secteurs.

Commentaires de l'organisme

Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.

Suite à la visite d'Agrément Canada, notre établissement a obtenu un taux de conformité de 96,4%, soit 2018 normes conformes sur un total de 2093 pour les trois secteurs visités : la santé physique, les services généraux et la télésanté. Les visiteurs ont souligné que dans l'ensemble des milieux visités, les cliniciens et le personnel de soutien ont à cœur le bien-être des usagers, le souci du partenariat de soins et se préoccupent au quotidien de l'amélioration continue. Nous pouvons être fiers de nous, de ce que nous avons accompli. Ensemble, nous avons été au rendez-vous pour les usagers et malgré l'impact majeur de la pandémie sur nos activités, nous avons continué d'œuvrer pour la qualité et la sécurité des soins et des services. Nous tenons à remercier toutes les équipes pour le travail accompli et nous vous offrons nos plus sincères félicitations pour cet excellent résultat.

Sabrina Fung pour Jean-François Fortin-Verreault (PDG)

Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.89 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.61 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 4 - Services de soins critiques 4.1.74 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.59 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) 2.1.28 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 4 - Services de consultation sociale ou psychologique 4.1.50 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.60 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.40
<p>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation 3.1.35 · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie 8.1.34 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.41 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.28

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Manuel(s) d'évaluation
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
<p>Prévenir la congestion au service des urgences Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.62 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 9 - Services de santé courants 9.1.44
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections	
<p>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile 15.2.1
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
<p>Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 2 - Services des urgences 2.1.55 · Manuel d'évaluation - Services généraux - Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics) 8.1.42

Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée

Pratique organisationnelle requise

Résultats pour les manuels d'évaluation

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.2.11 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.	
1.3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 1 - Excellence des services	

L'évaluation de l'excellence des services en santé physique a permis de mettre en lumière que l'intégration des usagers partenaires et des proches est omniprésente dans les différents projets. (Que ce soit au niveau de l'amélioration de la programmation, des services, des communications, ou dans les projets d'infrastructure.)

L'approche de l'amélioration continue est bien intégrée. Un sondage a été réalisé et les zones d'amélioration ont été ciblées. De plus, les équipes animent leurs stations visuelles opérationnelles et s'en servent comme moyen de communication et pour faire les suivis des pistes d'amélioration identifiées par les équipes. Les directions ont accès à des tableaux de bord automatisés qui présentent les indicateurs principaux à suivre dans les salles de pilotage.



L'établissement fait face à un enjeu important de pénurie de main-d'œuvre. Il en a fait d'ailleurs son objectif prioritaire. Le manque de personnel ainsi que l'afflux de clientèles en constante augmentation mettent sous pression les équipes et leurs gestionnaires qui doivent faire des quarts de travail pour éviter les bris de service. Plusieurs initiatives sont déployées pour contrer la pénurie et stabiliser les équipes. La gestion intégrée de la présence au travail (GIPT), l'introduction de nouveaux titres d'emplois, la gestion de proximité des horaires, le projet passerelle pour soutenir les nouveaux employés en sont quelques exemples.

Des outils et un processus sont disponibles pour l'évaluation du rendement. Bien que certains employés aient témoigné avoir eu leur évaluation du rendement réalisée dans les dernières années, ce n'est pas encore déployé de façon intégrée et à grande échelle. Considérant la pénurie de personnel et le roulement de gestionnaires, l'activité de réaliser l'évaluation du rendement s'avère un défi, mais doit être maintenue de façon adaptée à la capacité afin d'en faire un levier de reconnaissance et de rétention.

Il faut également souligner la mise en place de l'équipe de premiers soins psychologique (PSP) qui a vu le jour avec la pandémie et est maintenue en phase de rétablissement. Cette équipe a pour objectif d'apporter du soutien aux gestionnaires et aux équipes lors d'événements hors du commun, situations de crise. Les équipes ont témoigné avoir apprécié le soutien offert par l'équipe PSP.

Les équipes de santé physique sont régulièrement appelées à faire face à des situations de crise. Une simulation a récemment été réalisée pour réviser les actions à déployer en cas d'arrivée massive d'utilisateurs (code orange). Maintenant que l'établissement est en phase de rétablissement, il est invité à réaliser d'autres simulations comme prévu au calendrier.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Services des urgences	
2.1.6 L'accès aux services en temps opportun pour les usagers est coordonné avec d'autres services et équipes à l'intérieur de l'organisme.	!
2.1.17 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.	!
2.1.42 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
2.1.43 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
2.1.55 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 2.1.55.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent. 2.1.55.4 Des stratégies d'intervention et de suivi sont déterminées pour les usagers chez qui on a détecté un risque de suicide. 2.1.55.5 La mise en oeuvre des stratégies d'intervention et de suivi est consignée dans le dossier de l'utilisateur.	
2.1.89 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 2.1.89.1 L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement: admission, transfert des soins, transfert et congé. 2.1.89.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	

- 2.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.



Commentaires des visiteurs

Chapitre 2 - Services des urgences

L'établissement fait face à une importante pression populationnelle par rapport à la capacité des ressources à sa disposition. Les données sociodémographiques le confirment. Cette pression se traduit tant du point de vue quantitatif, par son accroissement de volume constant, que du point de vue qualitatif, par le vieillissement de la clientèle et des besoins plus complexes. Bien que la situation perdure, les équipes demeurent très engagées et soucieuses des soins et services dispensés. Après deux années de pandémie, un important sentiment de fatigue est perceptible et le taux de roulement des équipes en témoignent. Malgré tout, il est impressionnant d'observer la résilience et la recherche continue de solutions que démontrent les équipes et les gestionnaires.

Pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), l'introduction du bilan comparatif des médicaments (BCM) est en place et la présence de trois pharmaciens du lundi au vendredi est une grande valeur ajoutée. La prise en charge rapide de la clientèle pédiatrique en collaboration avec l'unité de pédiatrie est susceptible de devenir une pratique exemplaire. Il est suggéré à l'équipe de documenter l'impact de cette pratique quant à l'accessibilité et sur le Service des urgences. Le recours à au moins deux identificateurs uniques à la personne, utilisée pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, est une pratique intégrée dans le quotidien des équipes. La transmission de l'information aux points de transition est bien établie, mais demeure un risque considérant l'importance des mouvements à l'aire d'observation afin de répondre au niveau d'achalandage. La poursuite des actions de vigie déjà effectuées est encouragée. L'observance à l'hygiène des mains est bien présente, des audits sont réalisés et une rétroaction est exercée lors de l'animation des stations visuelles opérationnelles.

Pour le service des urgences de l'Hôpital Santa-Cabrini Ospedale (HSCO), malgré un taux d'occupation élevé, l'environnement est très bien dégagé et un climat très paisible pour la clientèle est ressenti lors de la visite. C'est une équipe forte, mobilisée et résiliente qui a été rencontrée. Pour la prévention des chutes, un système de code de couleur est apposé au chevet pour la clientèle à risque de chute en sus des bracelets de couleur mauve. Autre force à souligner est l'intégration de l'unité de décision clinique (UDC), avec le service des urgences et la mise en place de la clinique de relance qui aident à la fluidité.

Bien que l'établissement soit très sensible à la situation de ses deux services des urgences, certains aspects méritent d'être traités afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services offerts. Le niveau d'achalandage et la difficulté d'accès aux lits d'hospitalisation génèrent inévitablement des délais dans l'accès aux soins et services.

L'établissement est invité à poursuivre ses efforts pour réduire ces délais, tant en amont, qu'en aval des services des urgences. L'établissement est encouragé à poursuivre le développement de l'accueil clinique, l'unité de décision clinique et l'accès avancés, mais aussi à poursuivre la complémentarité avec sa première ligne. Considérant que la pandémie décline actuellement, il serait intéressant de revoir les modalités d'utilisation des zones d'évaluation rapides (ZER). L'établissement est invité à renforcer ses pratiques en matière de prévention des chutes, spécifiquement à HMR et de s'assurer de la présence du consentement général aux soins, signé et présent au dossier de l'utilisateur. L'établissement est invité à poursuivre sa démarche débutée à cet effet et d'en poursuivre l'évaluation. Le retour lors de l'animation des stations visuelles (SVO) est une stratégie qui mérite d'être soulignée.

Bien que les usagers présentant un risque suicidaire soient cernés lors de l'évaluation au triage, le suivi, à intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent, n'est pas toujours effectué. Toutefois, lorsqu'un risque important est identifié, des stratégies d'intervention et de suivi sont mises en place. L'établissement est invité à poursuivre les travaux amorcés à ce sujet; des audits à cet effet ont été réalisés et permettront de cibler les interventions à poursuivre.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation	
3.1.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts à l'équipe pour déterminer dans quels cas il faut accompagner les usagers qui reçoivent des services ailleurs.	!
3.1.22 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
3.1.35 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. 3.1.35.1 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.	POR
3.1.41 Les épreuves diagnostiques, les analyses de laboratoire et la consultation d'experts sont disponibles en temps opportun de manière à favoriser une évaluation complète.	
3.1.43 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	!
3.1.45 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
3.1.54 Les progrès de l'utilisateur par rapport aux objectifs et aux résultats attendus sont surveillés en partenariat avec l'utilisateur, et l'information est utilisée pour apporter des modifications au plan d'intervention interdisciplinaire au besoin.	
3.1.60 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
3.1.61 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR

3.1.61.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
3.1.61.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
3.1.62	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
3.1.65	Le cas échéant, les plans de cheminement clinique sont suivis systématiquement pour la prestation de soins afin d'obtenir la même qualité de soins pour tous les usagers dans tous les milieux.	!
3.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
Commentaires des visiteurs		
Chapitre 3 - Unités d'hospitalisation		

Les équipes se distinguent par leur engagement à assurer une fluidité des trajectoires de soins afin de favoriser une qualité de soins optimale. La réalisation du projet de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) est une source de fierté et démontre la force de l'interdisciplinarité et le souci de la clientèle. Malgré des lieux physiques désuets et encombrés, les équipes travaillent en collaboration et sont mobilisées pour donner des soins de qualité. L'approche auprès des usagers est respectueuse et favorise leur participation aux soins. Les soins sont adaptés aux nouvelles réalités, dont le vieillissement de la population, par l'intégration de l'approche adaptée aux personnes âgées.

L'interdisciplinarité étant bien instaurée, il serait bénéfique de construire sur cette force. À cet effet, la poursuite des efforts de rehaussement des pratiques et la bonification des rôles et responsabilités sont encouragées. De plus, il est suggéré d'assurer une plus grande intégration et traçabilité des actions. Pour

cela, outre l'utilisation de l'outil Web développé qui favorise le partage d'informations, la réalisation d'un plan d'intervention interdisciplinaire individualisé ainsi que le déploiement des outils de consignation et de stratégie de communication aux points de transition sont encouragés.

Finalement, les équipes sont encouragées à poursuivre les efforts d'harmonisation des outils et pratiques entre les deux hôpitaux ainsi que le déploiement des diverses trajectoires.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 4 - Services de soins critiques	
4.1.9 Un processus permet d'évaluer les usagers potentiels selon les critères d'admission en soins critiques.	
4.1.24 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
4.1.25 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
4.1.74 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR
4.1.74.2 Principal: Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	
4.1.74.4 Principal: L'information partagée aux points de transition des soins est consignée.	
4.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 4 - Services de soins critiques

Les équipes des soins critiques du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal ont durement été touchées par la pandémie. Elles demeurent engagées et motivées par le bien-être des usagers et le souci d'offrir des soins de qualité.

Trois conseillères en soins infirmiers contribuent au développement des compétences du personnel. La pandémie les a amenées à développer de nouvelles stratégies pour assurer la sécurité des usagers, comme les « leaders novices » et les « TOPO » cliniques. L'implantation récente des infirmières auxiliaires aux soins critiques est une réalisation novatrice. Cette belle réussite va certainement contribuer au rayonnement du CIUSSS à travers le Québec. Une nouvelle salle de simulation avec mannequin pour les soins critiques est à venir, ce qui favorisera les apprentissages et le maintien des compétences du personnel.

Une station visuelle opérationnelle est présente et démontre bien le suivi accordé aux indicateurs de performance.

Les équipes sont encouragées à continuer les tournées interdisciplinaires pour les cas complexes et à bien documenter les points discutés. Il serait intéressant de rendre plus formelles les tournées médicales quotidiennes accompagnées du personnel infirmier. Ces tournées demeurent une excellente opportunité d'apprentissage et de développement des compétences.

L'établissement est encouragé à obtenir le consentement général aux soins de l'utilisateur, ou de sa famille, et de le consigner au dossier.

Hôpital Maisonneuve Rosemont

L'unité des soins intensifs comporte 24 lits, dont 9 lits pour l'unité coronarienne.

Il serait important de poursuivre les efforts vers le déménagement des lits de l'unité coronarienne prévu pour le 3^e étage. Il faudra en tirer profit pour pallier temporairement la vétusté des lieux. Ceux-ci favorisent le delirium des usagers et rendent difficile l'isolement en matière de prévention des infections.

L'équipe est encouragée à établir des critères d'admission aux soins intensifs pour préciser le processus qui permet de bien cibler les usagers potentiels.

La consignation de l'information transmise aux points de transition des soins demeure un défi auquel il faudra s'attarder.

Hôpital Santa Cabrini

L'unité des soins intensifs est composée de 13 lits, dont 3 lits de soins intermédiaires. Les lieux physiques sont bien adaptés à la clientèle de soins critiques; ils facilitent la tranquillité des usagers, ainsi que le respect des normes de préventions des infections.

Les soins intensifs font face à une nouvelle réalité de départ des usagers directement pour le domicile causé par le manque de personnel et de lits aux unités de soins. L'équipe est encouragée à soutenir le personnel dans l'établissement des liens avec la première ligne et leurs partenaires pour s'assurer que la clientèle part de façon sécuritaire.

Une bonne collaboration existe entre les médecins des soins intensifs et les médecins des unités de soins. La clientèle transférée des soins intensifs (SI) vers les unités de soins bénéficie d'un suivi sur 48 heures par le médecin des SI, ce qui contribue grandement à diminuer le taux de réadmission.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 5 - Services de néonatalogie	
5.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
5.2.7 Des appareils munis d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants sont utilisés.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 5 - Services de néonatalogie	

Accueillie par une équipe multidisciplinaire passionnée, la clientèle de l'unité néonatale bénéficie de soins centrés sur le développement du nouveau-né ainsi que sur son bien-être. Les parents font partie intégrante du plan de soins du bébé. Les heures de pratique de la méthode kangourou ont d'ailleurs doublé depuis la dernière année. Le projet de certification NIDCAP (Programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement) va assurément contribuer au rayonnement de l'UNN du CIUSSS-de-l'Est-del'Île-de-Montréal. Il faut noter la grande implication de toute l'équipe à ce projet : néonatalogistes, infirmière praticienne spécialisée, infirmières et tous les professionnels qui gravitent autour de l'utilisateur et de sa famille. La culture d'amélioration continue est bien ressentie à travers l'équipe, toutefois celle-ci est invitée à poursuivre les travaux en impliquant un usager partenaire.

L'unité est composée de 20 lits, dont 8 lits de soins intensifs qui seront bientôt rehaussés à 14 lits. L'équipe a su réagir et s'adapter à la pandémie en réaménageant une partie des lits en pédiatrie et permettre une distanciation des usagers plus adéquate. Le retour en arrière semble impossible par le manque d'espace initialement prévu pour 20 lits!

Des réunions interdisciplinaires hebdomadaires ont lieu et un plan individualisé est utilisé et consigné au dossier. Malgré l'évaluation complète régulière des usagers, l'équipe est invitée à poursuivre l'adaptation d'une échelle de la douleur et de sédation qui répondra aux besoins de la clientèle.

Il existe une bonne communication quotidienne avec le service d'obstétrique qui permet de bien se préparer aux éventuelles admissions.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Services de pédiatrie	
6.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!

Commentaires des visiteurs**Chapitre 6 - Services de pédiatrie**

L'unité de pédiatrie est composée de 20 lits, dont 4 lits de soins plus intensifs. L'équipe est engagée, fière et soucieuse d'offrir des soins de qualité. L'amélioration continue est le leitmotiv de l'équipe de direction. Les indicateurs de qualité sont bien en vue avec une période dans l'année en cours où l'équipe a atteint 100 % de taux d'hygiène des mains!

L'aménagement prévu d'une chambre d'apaisement pour la clientèle atteinte d'un trouble du spectre de l'autisme est un projet clinique qui répondra aux besoins particuliers de ces enfants.

Du soutien face à diverses situations cliniques de soins est offert pour bien outiller le personnel. Des simulations régulières de cas complexes et de code rose contribuent grandement à atteindre plusieurs objectifs de développement des compétences du personnel en soins, qui doit faire face à une clientèle diversifiée de 0 à 18 ans. Cette grande diversité est un défi qui semble bien relevé. De plus, la fluidité du personnel entre l'unité de soins et la clinique externe de pédiatrie est un avantage pour le développement des compétences et l'entraide entre les deux secteurs. Les différentes cliniques de la clinique externe ainsi que la médecine de jour contribuent grandement au désengorgement du Service des urgences. Des plages de rendez-vous réservées sont prévues quotidiennement.

L'introduction récente des infirmières auxiliaires en pédiatrie est un succès. Travaillant en dyade, l'équipe s'est bien adaptée à ce changement.

La vétusté des lieux, avec des chambres ne possédant pas toutes une salle de bain, ne favorise pas l'expérience de l'utilisateur. L'équipe est invitée à porter attention à l'encombrement des corridors.

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

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

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 7 - Services d'oncologie

Les services d'oncologie constituent le plus important créneau de soins tertiaires et quaternaires de l'établissement. La désignation d'Institut universitaire en hématologie et thérapie cellulaire, avec une première unité de production génique au Canada, témoigne des avancées prodigieuses du CIUSSS-EMTL dans ce domaine. L'établissement est un établissement « Tête de réseau » pour la thérapie immunocellulaire, le sarcome, le sein (co-désignation dans le RUIS de l'Université de Montréal) et un centre affilié pour le réseau du cancer du poumon. De plus, avec ses approches interdisciplinaires d'évaluation et de suivi, ses moyens diagnostiques et thérapeutiques imposants, il assume des désignations supra-régionales en hématologie, cancer de l'œsophage, musculo-squelettique, du sein, du poumon et colorectal.

La participation de l'utilisateur est sollicitée à toutes les étapes de la trajectoire de services et elle est soutenue par un nombre important d'utilisateurs partenaires. Ces derniers contribuent autant à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer qu'à la planification des services. De plus, un Espace partenaire a été créé en oncologie, soutenu maintenant par une vingtaine d'utilisateurs partenaires. Ces derniers viennent compléter l'approche globale qui a été développée par l'équipe interdisciplinaire et soutenir les utilisateurs dans les différentes sphères de leur vie pouvant être affectées par leur maladie, que ce soit en matière d'information, d'accompagnement, de rencontres ou de services divers, incluant les dimensions psychologiques. D'autre part, l'orientation des agentes administratives en oncologie a été réalisée par des utilisateurs partenaires.

Une direction adjointe de la cancérologie, avec un directeur médical de la cancérologie en co-gestion, a été créée pour assurer une coordination optimale de l'ensemble des activités de cancérologie qui se retrouvent encore dispersées à plusieurs endroits du complexe Maisonneuve-Rosemont, malgré le nouveau pavillon de cancérologie associé au nouvel Institut. L'autre défi associé au regroupement des activités d'oncologie concerne la mise en place d'un dossier patient informatisé en oncologie.

Le dynamisme apporté par cette nouvelle direction est venu coiffer des équipes interdisciplinaires à la fine pointe des connaissances qui travaillent en synergie constante entre elles et avec les autres services et départements collaborateurs. Les procédures de travail et les protocoles d'investigation et de traitement

sont bien définis et on peut sentir un engagement profond envers la clientèle dans un réel travail d'équipe.

Plusieurs projets novateurs ont permis d'améliorer les délais d'attente et de transférer des traitements jusqu'alors avec séjour hospitalier, en thérapies de jour. La création de l'Institut d'hémo-oncologie et de thérapie cellulaire est venue consacrer cette mission prioritaire du CIUSSS-EMTL en soutenant des traitements novateurs, mais aussi en déployant encore davantage les activités d'enseignement et de recherche dans ce domaine. La création de l'Institut s'appuie sur de nouveaux espaces qui ont vu le jour, comme le pavillon de cancérologie qui, sans répondre à tous les besoins requis, a permis de développer 36 lits en dehors du parc de lits réguliers et d'abriter d'autres services complémentaires.

Les thérapies systémiques en externe sont administrées à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour la majeure partie et aussi à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale, avec des installations sécuritaires pour la préparation et l'administration de la chimiothérapie. Cependant, elles sont souvent réparties dans divers espaces, ce qui ne favorise pas l'optimisation des soins et services. Bien que l'harmonisation des pratiques ne soit pas complètement finalisée entre les deux cliniques ambulatoires, plusieurs activités importantes sont communes, comme exemple le comité interdisciplinaire des tumeurs.

Les services de radiothérapie ont été mis à niveau et toute la gamme des services y est accessible, sauf pour la clientèle pédiatrique. Les politiques et les procédures requises pour des traitements sécuritaires sont en place, et tous les contrôles indépendants nécessaires sont réalisés périodiquement. Les services de radiothérapie sont également accrédités par la Commission canadienne de sûreté nucléaire.

Plusieurs projets d'amélioration continue sont en place ou en cours de réalisation, avec des indicateurs de suivi. L'un qui retient particulièrement l'attention est sans aucun doute le projet « Des cliniques sans erreurs » qui porte notamment sur la restructuration des rôles des agentes administratives, avec toute la révision des guides et procédures nécessaires à mettre en place.

Deux autres projets d'amélioration continue retiennent l'attention, l'informatisation des ordonnances individuelles préformatées pour les thérapies en clinique externe d'oncologie et la nouvelle technique d'irradiation totale ne requérant plus un appareil au cobalt.




Le secteur de la greffe regroupe notamment une partie de la clinique externe d'oncologie, l'unité d'aphérèse, l'Institut d'hémo-oncologie et de thérapie cellulaire où s'effectuent les greffes incluant celles faites en externe, sa clinique de cancérologie de jour pour les suivis post-greffe et la photophérèse. Le secteur de la greffe effectue des greffes allogéniques et autologues, de même que la thérapie immunocellulaire CAR T-cell.


Le programme de greffe et de thérapie cellulaire est aussi accrédité par Héma-Québec, Santé Canada, la Foundation for the Accreditation of Cell Therapy (FACT) et le Center for International Blood and Marrow Transplant (CIBMT).

Les trajectoires de service reposent sur des protocoles basés sur les lignes directrices, des équipes interdisciplinaires serrées qui sont complétées par une équipe dynamique d'infirmières Update on the Huron Perth OHT Accreditation Collaborative.

La conformité aux normes et critères s'est révélée parfaite dans les services de cancérologie.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins palliatifs et de fin de vie	
8.1.25 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.	
8.1.34 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. 8.1.34.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.	
8.1.43 Un plan d'intervention interdisciplinaire complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille, et il est consigné.	
8.1.44 Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé de l'utilisateur est suivi lorsque les services sont fournis.	
8.1.58 La planification des points de transition des soins, y compris la fin des services, est présente dans le plan d'intervention interdisciplinaire et réalisée en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
8.1.59 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins. 8.1.59.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	

8.1.59.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes : - utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex., à partir du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers).	
8.1.60	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
8.2.6	Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	

Commentaires des visiteurs

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

L'équipe se distingue par sa grande implication auprès de sa clientèle et le niveau élevé de collaboration entre tous les membres de l'équipe interdisciplinaire. Le travail en réseau avec les partenaires de la première ligne et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) favorise la concertation et la fluidité des trajectoires de soins. Plusieurs initiatives réseaux sont à souligner, dont les formations et les stages des intervenants de première ligne en milieu de soins ainsi que les comités de pratiques dont l'approche précoce en soins palliatifs en CHSLD. L'approche centrée sur l'utilisateur et la famille est bien sentie, de même que l'implication des usagers et des proches dans les soins.

Bien que des activités de soutien soient offertes aux intervenants, l'établissement aurait tout avantage à en planifier régulièrement, car certains besoins restent non comblés, car non exprimés.

L'établissement est encouragé à reprendre les audits, déployer le questionnaire de satisfaction de la clientèle et faire le suivi d'indicateurs pertinents, ce qui faciliterait l'identification et la mise en œuvre de pistes d'améliorations.

Un grand effort est fait pour l'intégration des familles. Il est souhaité que le personnel soit davantage au-

devant de leurs besoins, car certains peuvent demeurer inexprimés.

La cogestion pourrait être bonifiée par la mise en place d'un comité de coordination qui pourrait regrouper les différents partenaires internes et externes et ainsi répondre aux enjeux et priorités avec plus d'efficacité et de traçabilité.

Finalement, l'établissement est encouragé à bonifier les trajectoires pour la clientèle non oncologique.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux	
9.1.1 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.	
9.1.13 Les articles contaminés sont transportés séparément des articles propres ou stérilisés, à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées.	!
9.1.68 Une politique et une procédure sont suivies pour le décompte chirurgical et elles décrivent quel matériel doit être compté, le moment où le décompte doit être effectué, ce qui doit être fait lorsque le compte est incorrect et ce qui doit être consigné.	!

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services interventionnels et périchirurgicaux

Les services interventionnels et périchirurgicaux englobent de nombreux secteurs d'activités touchant la pré, per et post-intervention. Le travail d'équipe et les savoirs procéduraux transcendent l'ensemble des secteurs visités, et ce, au bénéfice de l'accès et de la qualité des soins et services offerts aux usagers. Ce qui se traduit par un taux de conformité assez élevé dans l'ensemble. Bien que ces secteurs aient été grandement touchés par le délestage au cours de la pandémie, malgré les départs, les équipes en place présentent une forte expertise et des recrues étaient annonce d'espoir.

La visite a été effectuée au bloc opératoire, à la clinique de préadmission et à la chirurgie d'un jour de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO) ainsi que dans les cliniques d'oto-rhino-laryngologie (ORL), de gestion de la douleur, d'urologie et de cystoscopie, de chirurgie mineure et l'unité de chirurgie d'un jour à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR).

La qualité et la rigueur de l'évaluation préintervention sont dignes de mention; on trouve un personnel très attentionné, des équipes peu nombreuses, mais très efficaces. Ils sont soucieux d'intégrer les usagers et leurs proches dans le processus. La mise en place de plages horaires dédiées aux urgences de traumatologie à HSCO s'avère une stratégie favorisant le cheminement des usagers. La pratique du bilan comparatif du médicament (BCM) est bien implantée et effectuée en partenariat avec l'utilisateur et son proche lorsque requis. L'identification de l'utilisateur à l'aide d'au moins deux identifiants uniques à la

personne, utilisée pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention qui lui est destinée, est un standard dans la routine de ses secteurs, de même que la liste de contrôle chirurgical. Malgré la désuétude du bloc opératoire de HSCO, des travaux effectués en 2014 sur les systèmes de ventilation font en sorte que la qualité de l'air et la gestion des taux d'humidité répondent aux normes attendues.

Bien que la situation soit bien connue et qu'un projet de réaménagement et d'agrandissement est en cours pour le bloc opératoire de HSCO, il demeure que l'aménagement est très exigü. Dans l'intervalle, l'établissement est invité à poursuivre sa vigie exercée par rapport à l'équilibre: accès versus sécurité. Il importe de souligner les nombreux efforts et la créativité exercés pour limiter le croisement souillé propre; à titre d'exemple: l'utilisation des bacs rouges, les chariots fermés et le recouvrement de l'équipement. Toutefois, dans la majorité des lieux visités, il s'avère plus difficile d'être en continu à l'écart des secteurs de services aux usagers ou des zones très achalandées. L'établissement démontre une culture d'amélioration continue bien intégrée et est encouragé à poursuivre la mise en œuvre de chaque petit geste qui permettra de maintenir ce niveau de qualité en attendant la concrétisation d'un projet immobilier tant attendu dans plusieurs secteurs.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	
10.2.6 Il existe des politiques et des procédures concernant l'élimination des objets pointus ou tranchants, au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations.	!
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 10 - Services de soins ambulatoires	

Le CIUSSS de L'Est-de-l'Île-de-Montréal bénéficie d'un centre ambulatoire très développé. Les secteurs suivants ont été visités sur le site de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, soit la médecine de jour, la clinique du diabète, l'endoscopie, le service d'investigation avancée, ainsi que la dialyse. Tous ces secteurs ambulatoires sont mobilisés à améliorer la fluidité de la clientèle et à mettre en place des stratégies pour désengorger le Service des urgences. La mise sur pied de la Clinique d'accès avancé en est un bel exemple. Cette clinique offre un processus d'investigation personnalisé pour la clientèle référée par les médecins de l'urgence ou de la première ligne qui ne cadre pas dans les critères de l'accueil clinique, mais qui bénéficierait d'une prise en charge rapide sans avoir recours à l'hospitalisation. Une prise en charge à l'intérieur de 36 heures est effectuée et les suivis faits avec le médecin référent, ce qui évite notamment de garder la clientèle sur civière. L'établissement souhaite poursuivre le développement de cette clinique. Cependant, la pénurie de personnel commence à affecter le secteur ambulatoire, ce qui freine le développement ou même le maintien des activités à sa pleine capacité comme en endoscopie. Pour pallier la situation, l'introduction d'infirmières auxiliaires et également d'infirmières praticiennes est en cours dans ces secteurs.

L'approche centrée sur les besoins de la clientèle est omniprésente dans les services ambulatoires. Que ce soit en services plus individualisés comme à la clinique de diabète ou encore dans des cliniques comme la médecine de jour, cette même approche est présente et les usagers témoignent de leur satisfaction. Ils se sentent respectés et en confiance.

Les équipes des services ambulatoires sont également engagées dans des démarches d'amélioration continue. L'animation des stations visuelles opérationnelles (SVO) se fait sur une base régulière, ce qui leur permet d'identifier rapidement des pistes d'amélioration. Certaines équipes se sont dotées en sus des SVO, de comités qualité comme celui de l'endoscopie. La centrale de rendez-vous a réalisé un plan d'amélioration qui a permis de revoir ses pratiques afin de s'adapter aux besoins de la clientèle vulnérable du territoire. À la suite de ces travaux, la centrale de rendez-vous observe un meilleur taux de présence

aux rendez-vous. Le service de la dialyse a par ailleurs réalisé un Kaizen qui a mis en lumière plusieurs pistes d'amélioration. La dialyse s'est dotée d'un comité d'éthique qui les soutiendra dans certaines situations vécues avec les usagers et leurs familles. Des audits, notamment sur la conformité à l'hygiène des mains, sont effectués dans la très grande majorité des secteurs. Les gestionnaires sont invités à s'assurer que c'est fait dans tous les services et à poursuivre la réalisation d'audits sur d'autres processus.

La culture de sécurité est également au cœur des pratiques des services ambulatoires. À titre d'exemple, le service de dialyse à domicile, à la suite d'un rapport du coroner, a notamment préparé un aide-mémoire à l'intention des usagers et l'utilise pour les sensibiliser sur l'importance de respecter les consignes de sécurité. Cette équipe, très dynamique, est à l'affût de toutes les pistes d'amélioration qui pourraient renforcer la sécurité de la clientèle. Les aide-mémoire, à l'intention des ambulanciers, installés sur les appareils à domicile, en sont un bel exemple.

Bien que les mécanismes de communications de base soient en place pour les moments de transition, les équipes sont invitées à consolider et à standardiser davantage les outils afin d'éviter les erreurs. Par exemple, en dialyse, un système d'information est utilisé, mais des informations doivent être retranscrites manuellement pour l'insérer au dossier l'hôpital. Les retranscriptions peuvent entraîner des erreurs; il serait donc intéressant pour l'équipe de voir comment ils pourraient aller chercher directement cette information du système. Plusieurs équipes utilisent la SVO pour évaluer et assurer le suivi des améliorations à apporter aux communications dans les points de transition. Les équipes sont invitées à diversifier leurs outils d'évaluation. Elles pourraient faire des audits ou des sondages par exemple.

Un guide de la gestion des déchets préparé par le ministère de la Santé et des Services sociaux sert de référence à l'établissement. Cependant, ce guide doit être adapté en politique et procédures pour bien traduire à l'intérieur de l'organisation les rôles et responsabilités de chacune des parties prenantes. Une fois la politique et les procédures adoptées, celles-ci devront être rendues disponibles aux équipes du centre ambulatoire.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire	
11.1.22 La zone réservée aux services aux usagers comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des usagers avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.	!
11.1.28 L'équipe affiche des mises en garde à l'entrée de la salle d'imagerie et en restreint l'accès quand elle est occupée.	!
11.1.40 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
11.1.46 Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux usagers.	!
11.1.47 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
11.1.49 La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement dans l'organisme surveille la conformité de l'équipe aux politiques et aux procédures de l'organisme sur le retraitement.	
11.1.59 L'équipe passe en revue les renseignements sur l'examen d'imagerie diagnostique avec les usagers et leurs familles et obtient le consentement éclairé, verbalement ou par écrit, avant d'effectuer l'examen.	!
11.1.104 Tous les mois, l'équipe procède à une analyse des cas de rejet ou de répétition et produit un rapport à ce sujet dans le cadre de son programme de contrôle de la qualité.	!
11.1.105 L'équipe conserve les dossiers sur les cas de rejet ou de répétition pendant la période établie dans la politique de l'organisme.	!
11.1.108 L'équipe devrait recueillir, analyser et interpréter les données en ce qui a trait à la pertinence des examens, à l'exactitude des interprétations et à l'incidence des complications et des incidents liés à la sécurité des usagers.	!

Commentaires des visiteurs**Chapitre 11 - Services d'imagerie et médecine nucléaire**

Les visiteurs ont rencontré une équipe de gestion proactive, axée sur les bonnes pratiques et le bien-être du personnel. La gestion documentaire est à souligner et pourrait servir comme pratique exemplaire.

Des canaux de communication efficaces ont été développés au sein des équipes, des rencontres régulières permettent de rallier les équipes vers les objectifs communs et de transférer l'information par l'entremise du tableau de gestion visuelle (TGV).

Les deux établissements ayant des services d'imagerie médicale et médecine nucléaire visités offrent des services qui répondent à la demande, malgré la pénurie de ressources humaines et le fait que le parc d'équipements n'est pas récent.

Des équipes dévouées, respectueuses et soucieuses de la qualité des services offerts aux usagers ont été rencontrées.

De grands défis sont à venir dans le secteur, entre autres le remplacement de la majorité des équipements et, en médecine nucléaire, deux défis d'envergure sont aussi envisagés, soit le déménagement du service et l'adoption de nouvelles normes de préparation de produits stériles, et ce, à très court terme.

Le service est invité à travailler conjointement avec l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) et à évaluer la possibilité d'un suivi afin d'analyser régulièrement tout le processus de retraitement. Cet accompagnement pourrait servir, entre autres, à l'évaluation de possibles points de contamination, de la compatibilité de produits nettoyants avec les équipements et à la mise en place de procédures de retraitement lors de toute nouvelle acquisition d'équipements nécessitant du retraitement d'accessoires.

Des pistes de solution ont été évaluées avec les responsables de l'URDM et un processus d'amélioration dans ce sens fait partie de leur plan d'action.

En ce qui concerne le service de médecine nucléaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), une évaluation approfondie est recommandée afin de déterminer si les murs contenant des sources d'humidité ne présentent aucun risque pour la santé des usagers et du personnel.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 12 - Services de dons d'organes (donneurs vivants)

Les lignes directrices de Santé Canada et de la Croix-Rouge canadienne sont bien implantées. Les équipes de prélèvement et de transplantation ont accès en temps opportun aux salles d'opération et aux diagnostics requis.

Des efforts importants ont été déployés pour compléter le manuel des procédures organisationnelles normalisées (PON) qui couvre maintenant la gamme des activités courantes, avec les autorisations requises et les mises à jour.

Des partenaires ont été recrutés et viennent enrichir l'expérience du patient des donneurs vivants et participent à la planification et à l'organisation des services.

L'équipe est à l'affût des enjeux éthiques et peut s'appuyer sur le comité d'éthique de l'établissement. Si l'équipe ne peut répondre à une demande de services, comme dans les cas présentant des facteurs de risques plus élevés, l'équipe les réfère à d'autres services tels le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Toutes les procédures nécessaires sont en place pour assurer un consentement éclairé qui est validé périodiquement jusqu'au moment du don. L'évaluation psychosociale et l'évaluation médicale indépendante sont complétées en temps opportun. La distribution exceptionnelle est rarissime et advenant l'éventualité, le receveur et Transplant Québec sont avisés. Le suivi des soins au donneur après le prélèvement d'organe est bien structuré, avec des suivis immédiats et subséquents, incluant les aspects psychosociaux.

Bien qu'une politique soit en place, il n'y a pas d'auto-administration de médicaments par les donneurs d'organes.

Au cours des dernières années, les dons croisés se sont multipliés de façon importante chez les donneurs vivants. De même, plusieurs activités de promotion pour les donneurs ont été déployées au cours de la dernière année au niveau des deux hôpitaux et dans le reste du territoire.

Une conformité totale aux normes est atteinte.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 13 - Services de dons d'organes (donneurs décédés)	

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

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

Le don d'organes et de tissus fait partie des priorités de l'établissement. Les politiques sur le don d'organes et de tissus à la suite d'un décès circulatoire et d'un décès neurologique sont en révision finale avant adoption. À ces deux catégories de donneurs décédés est venue s'ajouter la catégorie des personnes ayant demandé l'aide médicale à mourir et qui consentent à donner certains organes ou tissus éligibles.

En collaboration avec le médecin coordonnateur du programme, une conseillère-cadre consacre près d'un demi-temps qui vient s'ajouter à l'infirmière ressource à temps plein de Transplant Québec qui est pleinement au sein de l'équipe. La disponibilité de l'infirmière ressource est complétée par un système de garde régional avec les autres infirmières-ressources de la région. Un comité des dons d'organes et de tissus est en place et contribue à la coordination des services et à la mise en place des politiques et procédures requises.

Le manuel des procédures d'opérations normalisées (PON) requises dans le continuum de la prise en charge d'un donneur décédé se retrouve auprès de Transplant Québec et est accessible sur l'intranet de l'établissement. Néanmoins, l'équipe a identifié que quelques PON devraient être élaborées à l'interne, notamment en regard de l'identification du donneur et des soins requis.

L'accent a été mis sur la formation des intervenants (ex. infirmières, inhalothérapeutes) les plus exposés à obtenir le consentement des familles. De plus, des services de soutien pour accompagner les familles dans leurs deuils ont été développés et s'étendent au-delà de la période de décès.

Le développement progressif d'une expertise de prélèvement d'organes et de tissus à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale est en place, notamment pour le prélèvement des cornées qui pourrait devenir un service régional en lien avec la banque d'yeux de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Il est prévu que l'équipe chirurgicale de ce site s'implique davantage dans le prélèvement d'organes.

Plusieurs activités de promotion des dons ont eu lieu auprès de divers groupes d'intervenants de l'établissement, que ce soit à travers des conférences, des activités de reconnaissance auprès des plus grands identificateurs de donneurs potentiels ou encore des activités plus grand public lors de la semaine des dons d'organes et de tissus.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 14 - Services de transplantation

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 14 - Services de transplantation	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 14 - Services de transplantation

Le secteur visité a été celui de la greffe rénale. D'autres services effectuent des activités de greffes, telles les greffes de cornée, les greffes cutanées, les greffes d'os, tendons ou autres.

Le lien avec Transplant Québec est déjà établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux et une entente spécifique a été établie avec le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) pour le typage des antigènes d'histocompatibilité.

Les procédures d'opérations normalisées (PON) sont en place et revues périodiquement ou lorsque survient un changement ou un incident. Une évaluation psychosociale est effectuée pour chaque receveur. Le recours à une distribution exceptionnelle n'est pas favorisé sauf dans des cas rares où le risque/bénéfices reliés à la perte d'un greffon joue en faveur du receveur. Ce dernier en est avisé, de même que Québec Transplant.


L'équipe interdisciplinaire est résolument orientée sur le bien-être du patient et peut compter sur la collaboration de quelques usagers partenaires. Les outils d'évaluation et de suivi sont standardisés et la présence d'un pharmacien à temps complet apporte une expertise supplémentaire à la composante médicale des soins.

Le plan d'intervention a été revu sous la forme d'un cheminement clinique qui tient compte de toutes les étapes et activités de suivi nécessaires à la récupération du receveur et à son acclimatation à sa nouvelle médication immunosuppressive, de même qu'aux consignes nutritionnelles. La thérapie immunosuppressive et le monitoring des signes de rejet de greffe font l'objet de protocoles de suivi.

Les greffés du rein font l'objet d'un suivi à vie, selon un calendrier à deux visites par semaine pour évoluer progressivement à un calendrier à deux fois par année.

Advenant une issue défavorable à la suite d'une greffe, l'équipe traitante s'appuie sur les niveaux de soins déterminés à l'admission pour chaque usager et prépare l'usager et la famille à une évaluation par l'équipe des soins palliatifs.

Manuel d'évaluation - Santé physique - Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	
<p>15.2.1 La conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>15.2.1.2 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).</p> <p>15.2.1.3 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée en utilisant l'observation directe (vérifications). Les organismes qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple : faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification); mesurer l'utilisation d'un produit; inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si le personnel se conforme aux pratiques d'hygiène des mains; évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).</p>	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 15 - Services d'activités spécialisées à domicile	

Services d'activités spécialisées à domicile (Service régional de soins à domicile; maladies pulmonaires chroniques)

L'équipe rencontrée détient une offre de services de soins à domicile pour les maladies pulmonaires chroniques. C'est un programme national d'oxygénothérapie qui est offert à une clientèle chronique (MPOC, asthme chronique, fibrose pulmonaire, etc.).

Les services sont sous la gouverne du CIUSSS de l'Est-de-Montréal et ce sont près d'une centaine de professionnels qui y œuvrent au quotidien. Ce sont environ 5 500 usagers desservis par années sur l'île de Montréal.

Les besoins sont immenses dans l'est de la métropole et l'équipe participe activement à la décongestion du Service des urgences. À cet égard, l'équipe est invitée à documenter ce volet de manière à voir la portée réelle et l'impact sur les visites au Service des urgences. Aussi, le projet « effet protecteur » a permis de démontrer pour l'ensemble de la région, des gains représentant une trentaine de lits d'hospitalisation. Le suivi mérite l'attention.

C'est une formidable équipe interdisciplinaire qui travaille en partenariat et qui a été délestée durant la pandémie (à près de 60 %). Les personnes rencontrées étaient toutes très fières de reprendre le suivi des usagers.

Il va sans dire que de nouvelles clientèles ont émergées durant la pandémie. La fibrose pulmonaire chez les usagers qui ont eu la COVID est une nouvelle problématique, dont la prise en charge peut se faire sur le long terme. Comme la clientèle du service régional de soins à domicile en est une avec des problèmes respiratoires nécessitant de l'oxygénothérapie intensive, ce sont bien souvent de grands consommateurs de soins?; de nombreuses visites au Service des urgences sont évitées grâce à ce service 24/7.

L'équipe a perdu près d'une dizaine d'inhalothérapeutes au cours des différentes phases de la pandémie. Il est important d'identifier des stratégies qui vont soutenir l'équipe à maintenir l'offre de services.

La documentation, le suivi d'indicateurs de performances et les liens sont à faire avec les services des urgences.

L'équipe est félicitée pour la mise en place d'un feuillet intitulé « vivre avec une maladie pulmonaire » rédigé pendant la pandémie avec une usagère partenaire. Le déploiement à venir du feuillet suscite de l'enthousiasme et est porteur de bonnes pratiques.

L'établissement est invité à soutenir l'informatisation de ce secteur d'activités, car des gains de productivités peuvent se faire à ce chapitre.

La révision des programmes et des processus pourrait permettre des gains substantiels pour les volumes de clientèle desservis. Le programme qui vise à fournir un appareil de ventilation en pression positive continue (VPPC/CPAP) pour les gens qui font de l'apnée du sommeil et qui sont bénéficiaires de l'aide sociale doit être envisagé dans une perspective renouvelée. Ce sont près de 1500 usagers qui bénéficient de ce programme et l'équipe admet que la compliance n'est pas toujours possible avec ce type de clientèle d'autant que l'approvisionnement en matériel demeure un enjeu. L'établissement est invité à réviser la pertinence de ce programme dans un contexte de rareté des ressources et de priorisation.

Le programme de télésoins en milieu de vie est porteur et l'équipe est encouragée à identifier des indicateurs lui permettant d'évaluer l'impact de ce projet.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur	

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

Commentaires des visiteurs
Chapitre 16 - Cheminement de l'utilisateur

L'établissement a fait de la fluidité une priorité organisationnelle. Des objectifs et des actions structurantes sont suivis dans des plans d'action ainsi que dans les salles de pilotage. Plusieurs projets pour améliorer la durée moyenne de séjour et la prise en charge ont été déployés. Le projet de planification précoce conjointe des congés (PPCC) qui est bien implanté tant au Service des urgences que sur les unités a permis de faire des gains importants tant au niveau des indicateurs que du travail d'équipe interdisciplinaire. L'équipe du PPCC s'est également dotée d'un outil collaboratif Web pour suivre l'évolution de la planification des congés et traiter rapidement ceux avec possibilité de compromission. Ce projet est très bien intégré et est digne de mention. L'intégration des intervenants réseau au Service des urgences et également sur des unités en projet pilote donne des résultats prometteurs pour le retour à domicile de la clientèle connue par le soutien à domicile. Une offre rehaussée en accueil clinique, de même qu'un accès pour les médecins œuvrant en CHSLD, est une stratégie qui permet d'éviter des visites au Service des urgences. Une attention devra être portée à l'accueil clinique pour l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO) qui pourrait bénéficier d'un élargissement de l'offre adaptée à son contexte.

L'établissement a également démarré une clinique d'accès avancée qui permet une prise en charge personnalisée et ainsi d'éviter de garder cette clientèle au Service des urgences. L'élargissement de la gamme de services maintenant offerts en ambulatoire est une autre stratégie très porteuse dont la pandémie a accéléré le déploiement. (Chirurgies électives notamment, autogreffe, etc.)

L'établissement va poursuivre ses actions pour améliorer le cheminement des usagers. Un projet important sera déployé sous peu pour procéder à la relocalisation de la clientèle vers l'hébergement requis à partir du domicile plutôt qu'à partir du centre hospitalier. L'établissement est invité à intégrer dans la planification de ce projet du soutien et des outils de gestion du changement tant pour les équipes que pour la clientèle et leur proche afin d'en assurer le succès.

La gestion du nombre élevé d'usagers en niveau de soins alternatifs (NSA), ainsi que les trajectoires de certaines clientèles qui ont des besoins spécifiques, telles les clientèles en santé mentale, en déficience

intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) et les grands consommateurs demeurent un défi. Afin d'améliorer le cheminement des usagers pour ses clientèles, l'établissement est invité à intégrer les gestionnaires des directions concernées (soutien à domicile/SAD, programmes de santé mentale et dépendance/DSMD, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique/DI-TSA-DP) dans ses rencontres dédiées à la fluidité.

L'établissement est également invité à poursuivre ses projets de partenariat avec les groupes de médecine de famille (GMF) et groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) afin d'augmenter la prise en charge en amont ainsi que pour la clientèle réorientée du service des urgences.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 1 - Excellence des services	
1.1.4 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.	
1.3.5 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.	
1.3.22 De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.	!

Commentaires des visiteurs


Chapitre 1 - Excellence des services

Les visiteurs furent en mesure de constater une organisation où les soins sont centrés sur la personne. L'équipe travaille en collaboration avec l'utilisateur et sa famille et l'expérience des usagers est considérée et guide l'organisation et le développement des services. Les intervenants et la direction sont impliqués, investis et très motivés. Les suivis cliniques sont bien assurés et la tenue de dossier est adéquate et rigoureuse. Malgré des défis logistiques et des infrastructures parfois un peu vétustes, il a été possible de constater une offre de service d'une très grande qualité. Une philosophie d'amélioration continue guide l'établissement et les incidents sont utilisés dans cette recherche d'amélioration constante.

Il convient de mettre en évidence l'écart entre la sécurité/santé physique des travailleurs et la composante psychologique. Il a été possible de découvrir des pratiques novatrices en matière de santé psychologique bien que certaines lacunes pour la sécurité des intervenants aient été remarquées, notamment l'absence de boutons panique et des aménagements non sécuritaires de certains espaces physiques utilisés pour rencontrer des usagers. L'établissement est bien enraciné dans sa communauté, les utilisateurs de services rencontrés en ont fait le témoignage. La communication au sein de l'établissement est bidirectionnelle et est appréciée par le personnel.

Au niveau de la formation, le personnel reçoit la formation requise, bien que de la formation supplémentaire pourrait être requise pour certains intervenants spécialisés de l'organisation.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	
<p>2.1.28 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>2.1.28.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers). 	
<p>2.1.29 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.</p>	
Commentaires des visiteurs	
Chapitre 2 - Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	

Le service d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) offre soutien et orientation vers les services offerts par le CIUSSS, les organismes publics ou les ressources communautaires. Les horaires sont établis de façon à permettre la plus grande disponibilité et un service de messagerie téléphonique permet de communiquer en temps de fermeture.

Les portes d'entrée principales sont l'accueil centralisé et l'accueil psychosocial.

Lors d'un appel d'un usager à la ligne 811 Info-Social avec une demande de service de nature sociale ou psychologique, celle-ci est transférée à l'intervenant de garde qui prend en charge l'utilisateur et ouvre une fiche d'appel dans le Système intégré de gestion de la consultation téléphonique.

Afin de compléter son évaluation clinique, l'intervenant social suivra les procédures établies et complétera l'AAOR dans l'application électronique. Il évalue la capacité de l'utilisateur à se prendre en charge en utilisant les outils du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) (nouvelle modalité thérapeutique), en dépendant de la complexité, l'intervenant réfère l'utilisateur aux services communautaires ou aux services du CISSS correspondants.

Les liens étroits avec les services, les organismes communautaires et les services de police (SPVM) permettent d'agir de façon immédiate et proactive dans des situations d'urgence



D'excellentes pratiques sont en place pour accueillir les usagers; la formation, les outils et la grande expérience du personnel permettent de repérer la personne suicidaire et estimer la dangerosité de son passage à l'acte.

Les rencontres avec les équipes ont permis au visiteur de confirmer que le service peut compter sur une équipe dynamique, possédant une excellente synergie entre les intervenants et soucieuse d'offrir un service de qualité. La présence des spécialistes d'activités cliniques (SPA) d'expérience est reconnue par l'équipe comme une stratégie de rétention assurant aux professionnels un soutien clinique et une mise à jour des compétences.

La pénurie de ressources humaines est un enjeu dans le secteur et l'équipe travaille de façon proactive avec un engagement de la part des plus expérimentés pour le transfert d'informations afin d'intégrer rapidement les nouveaux employés

Il est suggéré de réviser les ententes entre les partenaires de service et de faire un suivi de sa pertinence et la mise à jour s'il y a lieu.

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

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

L'établissement offre des services de consultation sociale ou psychologique très bien hiérarchisés et suivis à l'intérieur d'un délai des plus raisonnables. Les usagers et leur famille font partie intégrante du

traitement, de la planification et de l'évaluation de ces derniers. La relation avec l'utilisateur est empreinte de respect de la personne tant que de ces droits et besoins. Le visiteur a rencontré des équipes empreintes de transparence, d'honnêteté, de compétences et de diversité. Il convient de souligner la dynamique relationnelle et professionnelle au sein des équipes,

Les équipes sont très bien accompagnées cliniquement, ce qui permet l'innovation, la création de liens, les activités de sensibilisation et la mise en place de pratiques novatrices. Le rôle des spécialistes en activités cliniques (SAC) est bien compris et intégré dans la pratique clinique. La philosophie clinique d'intervention orientée vers les solutions respecte également les guides de meilleures pratiques actuellement en vigueur. La rigueur clinique est présente, la présence des évaluations requises et des plans d'interventions assure le professionnalisme dans le cheminement de l'utilisateur. En revanche, le plan de service spécialisé (PSI) est peu déployé et se retrouve plus souvent dans les notes. Le visiteur encourage l'établissement à utiliser le PSI de façon à le formaliser dès qu'un intervenant supplémentaire s'ajoute à l'offre de service. Dans la même séquence de pensées, le visiteur encourage l'établissement à s'assurer de la suite des choses après avoir recommandé un usager vers un autre service (éviter le bris de la chaîne de suivis).

Les questions éthiques sont bien maîtrisées, bien qu'elles gagneraient à être plus démocratisées. Il en est de même pour les droits et obligations des usagers. Bien que les pratiques soient connues, le visiteur encourage l'établissement à mieux informer l'utilisateur sur ses droits, dont celui de porter plainte, notamment par des stations visuelles ou des dépliants.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	




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


Commentaires des visiteurs
Chapitre 6 - Volet psychosocial en contexte de sécurité civile

D'entrée de jeu, le visiteur tient à souligner l'excellence du service; il a été impressionné par la qualité de l'offre et de l'équipe. L'expérience acquise dans d'autres situations de sécurité civile enrichit le service. Le niveau de préparation, l'application et les pratiques garantissent l'excellence du service.

L'idée novatrice de sécurisation psychologique en contexte de pandémie est à la fois audacieuse et prometteuse. De plus, elle est suivie par une équipe de recherche, ce qui ne peut que permettre d'améliorer ce qui est déjà exceptionnel. La position préventive en contexte de sécurité civile fut aussi clairement illustrée; elle démontre une équipe centrée sur les solutions, qui n'attend pas le drame pour se mobiliser, mais qui s'affaire pour l'éviter dans la mesure du possible.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)	
8.1.3 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	
8.1.41 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins. 8.1.41.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique. 8.1.41.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.	
8.1.42 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide. 8.1.42.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.	
8.1.60 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

8.1.60.5	L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre: • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).	
8.1.61	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.	
8.1.62	<p>Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>8.1.62.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.</p> <p>8.1.62.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.</p> <p>8.1.62.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.</p> <p>8.1.62.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).</p>	

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

Commentaires des visiteurs

Chapitre 8 - Services de soins primaires (GMF publics)

Services de soins primaires (Groupes de médecine de famille/GMF publics)

Le Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) Maisonneuve-Rosemont :

Une équipe de 18 médecins et de 29 résidents R1 et R2 y exercent. Ils sont soutenus par une solide équipe multidisciplinaire comme recommandé par le MSSS pour un nombre de près de 11?000 usagers inscrits. Le taux d'assiduité est remarquable à 89,4% et nous encourageons l'équipe à maintenir l'information et encourager les patients à revenir vers leur GMF-U.

Un guide pour le triage des usagers sans rendez-vous a été créé récemment et appuie les réceptionnistes. À cet égard, l'équipe est encouragée à faire l'évaluation de l'introduction de l'outil de triage et à voir les pistes d'amélioration possibles.

Du personnel est dédié à la portion « enseignement pour les résidents ». Ces agents administratifs travaillent en collaboration avec différents médecins qui font de la supervision. Le respect des échéanciers demeure un enjeu pour ce secteur. Les différentes équipes impliquées quant au respect des dates importantes sont invitées à poursuivre les efforts afin que les horaires des résidents soient complétés dans les meilleurs délais.

Il va sans dire que le rôle élargi des infirmières en GMF-U est très apprécié des équipes et des usagers. Ces infirmières déploient beaucoup d'énergie afin de soutenir la clientèle.

L'équipe de leadership est invitée à identifier des canaux de communication qui regrouperaient les différents professionnels pour la discussion de cas cliniques. À titre d'exemple, les cas de santé mentale méritent de l'attention, et ce, particulièrement après la pandémie. Les équipes gagneraient à avoir des rencontres interdisciplinaires afin de partager l'expérience vécue avec des clientèles vulnérables, et d'obtenir le soutien des psychiatres, des psychologues ou des ressources de la santé mentale.

Les questions éthiques sont cernées et une psychologue-éthicienne fait le lien avec le comité éthique de l'établissement. L'équipe est encouragée à voir dans quelle mesure de la formation pourrait être offerte pour les professionnels autres que résidents afin de soutenir la prise de décisions complexes.

Les enjeux suivants méritent l'attention et doivent faire l'objet d'un suivi :

Le consentement éclairé : On voit dans les dossiers; « patient consent ou avec l'accord du patient ». À cet égard, l'équipe de leadership est invitée à promouvoir les politiques et procédures qui concernent les soins de première ligne. On a retrouvé la politique élaborée par la Direction des soins infirmiers, mais elle n'est pas connue des membres de l'équipe.

L'équipe est encouragée à documenter les pratiques afin de voir si des améliorations sont possibles. La réponse téléphonique et les « no-show » (les usagers qui ne se présentent pas à leur rendez-vous) doivent faire l'objet d'un suivi.

Le vocabulaire du bilan comparatif des médicaments est à définir et à implanter lorsque requis pour les soins de santé primaire. On remarque que l'aspect de la médication est pris en compte par les différents professionnels. Il faut s'assurer de satisfaire à l'ensemble des sous-critères définis pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique.

La collaboration avec le Service des urgences doit faire l'objet d'une réflexion avec l'équipe du GMF-U et mérite d'être renforcée. Il est important que l'équipe terrain ait accès à la documentation pertinente, car elle permettra de travailler davantage en partenariat de façon proactive pour réduire la congestion de ce secteur. La collaboration est présente certes, mais pourrait faire l'objet d'un suivi régulier et peut permettre à l'équipe d'émettre des pistes de solutions afin de soutenir et aider à la décongestion du Service des urgences.

L'évaluation de l'information aux points de transition est un élément à documenter.

Dans ce secteur d'activité, il y a lieu de s'interroger sur l'utilisation du chariot d'urgence qui renferme des médicaments et qui n'est pas barré, bien qu'il soit dans une pièce fermée.

Enfin, l'équipe est invitée à s'assurer d'un mécanisme de contrôle de la qualité du retraitement fait au GMF-U.

De même, la vétusté des lieux peut s'accepter, toutefois dans un contexte où la sécurité des équipes et des usagers n'est pas compromise.

Le GMF Saint-Michel :

Équipe dévouée aux services des usagers. Ils ont près de 12 000 usagers d'inscrits. Les usagers qui ne se présentent pas aux rendez-vous font l'objet d'un suivi. D'ailleurs, cet indicateur fait partie des suivis en salle tactique.

Les locaux du GMF Saint-Michel sont adjacents à ceux des services de santé courants.

On invite l'équipe à s'assurer que les fournitures qui sont en provenance du service de retraitement ne soient pas placées dans la pièce du souillé. À cet égard, des solutions ont été émises afin que le matériel en provenance du service de retraitement soit placé avec les fournitures propres.




Il n'y a pas eu de formation depuis longtemps en lien avec les questions éthiques et l'équipe est invitée à refaire des séances de formation sur les questions de cette nature compte tenu du roulement du personnel. Il en va de même pour l'évaluation et le suivi du risque suicidaire. Des outils sont en place, mais sont méconnus des équipes.

L'information aux points de transition demeure un élément à travailler. L'information se doit d'être consignée et une évaluation du processus est à faire.

L'équipe rencontrée avoue ne pas avoir de liens avec la décongestion au Service des urgences.

Pour les deux GMF visités, les équipes sont encouragées à faire l'évaluation de l'accès adapté et à voir si un autre tour de roue peut être réalisé afin d'augmenter l'accessibilité.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Chapitre 9 - Services de santé courants	
<p>9.1.28 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>9.1.28.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'usager et le prochain prestataire de soins (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usager devrait prendre.</p>	
<p>9.1.40 L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>9.1.40.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre:</p> <p>utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <p>demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</p> <p>évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</p>	
<p>9.1.44 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>9.1.44.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.</p>	

- 9.1.44.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 9.1.44.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.

Commentaires des visiteurs

Chapitre 9 - Services de santé courants

Services de santé courants au Centre local de service communautaire (CLSC) de Saint-Michel, de Saint-Léonard et de Mercier-Est- Anjou

Les services sont dispensés de manière efficace et avec empathie.

Au CLSC de Saint-Michel, quel que soit le volume d'usagers qui se présentent pour obtenir un rendez-vous, tous auront accès aux soins et services. Des plages de rendez-vous sont disponibles pour les usagers, et ce, au quotidien. L'équipe est invitée à poursuivre les efforts de suivi des volumes d'activités de manière à voir si l'offre correspond bien à la demande et à faire les ajustements requis, le cas échéant.

L'accès téléphonique a été amélioré au CLSC de Saint-Michel et l'équipe est encouragée à maintenir les suivis et à voir les pistes d'améliorations possibles. Toutefois, cela ne se répercute pas au niveau de la population. Les usagers maintiennent avoir des problèmes d'accès au CLSC (Saint-Michel). La communication avec la population utilisatrice des services demeure un incontournable.

Au CLSC de Saint-Léonard, l'environnement est plus jeune et les services de santé courants sont dispensés dans une atmosphère de bienveillance. Les ressources humaines sont un défi pour pouvoir offrir l'ensemble des services à la population.

Au CLSC de Mercier Est-Anjou l'équipe restreinte doit au quotidien rediriger les usagers, car les services ne peuvent être offerts dans leur entièreté.

Les infirmières exercent une fonction autonome et elles souhaitent conserver cette pratique. Au CLSC de Mercier Est-Anjou, du personnel qui va pourvoir les postes dépourvus de titulaire est ardemment attendu à brève échéance.

L'équipe souhaite être capable de rendre les services à la population de desserte dès que possible. Il est noté qu'il n'y a pas d'échéancier ou de calendrier de redéploiement des services postpandémie. À tout le moins, les équipes n'en sont pas informées.

L'accueil centralisé a connu un roulement de personnel par suite de la pandémie, mais il réussit avec succès à maintenir les services à la population sans qu'il y ait de délais. Au niveau de l'accueil centralisé, une fois l'analyse du dossier de l'utilisateur reçut, il en dépend parfois des autres guichets d'accès avant l'obtention des services. L'équipe de leadership est invitée à documenter les références aux différents guichets d'accès afin d'en suivre l'évolution et de voir les améliorations possibles.

Pour les CLSC visités, le besoin de renforcer les ressources humaines pour dispenser les soins et services à la clientèle a été noté. Qu'un CLSC ait accès à des ressources de main-d'œuvre d'agences pour soutenir son offre de services et qu'un autre n'ait pas cette possibilité est difficile à imaginer.

La dotation des espaces mérite de l'attention afin de voir dans quelle mesure les services peuvent desservir un plus grand bassin de population. Parfois, il suffit de quelques réaménagements des locaux existants.

La connaissance, la participation et l'implication au désengorgement de Service des urgences demeurent des défis à réaliser.

Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Télésanté	
2.1 Les usagers participent à la conception, la prestation et la mise en oeuvre du service de télésanté	
2.2 La stratégie de l'organisme est élaborée en collaboration avec les usagers.	
5.1 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant d'offrir le service de télésanté, au besoin.	!
9.3 L'organisme, les usagers et les cliniciens déterminent les éléments de la consultation qui devraient être consignés.	
Commentaires des visiteurs	
Processus prioritaire : Télésanté	

L'organisation du service de Télésanté est centralisée auprès de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) et présente une structure de gouvernance locale qui est alignée avec les structures régionale et nationale existantes.

L'offre de service est évaluée régulièrement par rapport à sa pertinence par le comité tactique.

La création du site Web dédiée à la télésanté permet de rendre accessible toute l'information pertinente pour répondre aux préoccupations des familles et des professionnels, toutefois il est suggéré d'inclure l'hyperlien « Télésanté » dans les incontournables (lien rapide) afin de faciliter sa localisation.

Des succès en vigueur, tels que la Télécomparution, Téléconsultation en oncologie et la grossesse à risque, démontrent que le service de Télésanté possède une équipe travail multidisciplinaire de très haute qualité professionnelle.

Il y a cependant des défis à relever, comme harmoniser l'obtention et la consignation du consentement éclairé dans tous les secteurs; établir et centraliser les processus d'entente entre établissements, et améliorer les contraintes technologiques dans les établissements (connexion internet).

Annexe A - Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les Établissements remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à des visites d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

Planification des mesures à prendre

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