



AGRÉMENT CANADA



Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

Centre universitaire de santé / McGill University Health Centre
Montreal, QC

Dates de la visite d'agrément : 15 au 20 septembre 2013

Date de production du rapport : 29 novembre 2013



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé

Agréé par l'ISQua

Au sujet du rapport

Centre universitaire de santé / McGill University Health Centre (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en septembre 2013. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot de la présidente-directrice générale d'Agrément Canada

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

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

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre spécialiste en agrément.

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Wendy Nicklin
Présidente-directrice générale

Table des matières

1.0 Sommaire	1
1.1 Décision relative au type d'agrément	1
1.2 Au sujet de la visite d'agrément	2
1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité	4
1.4 Analyse selon les normes	5
1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises	8
1.6 Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	19
2.0 Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	22
3.0 Résultats détaillés de la visite	24
3.1 Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	25
3.1.1 <i>Processus prioritaire : Planification et conception des services</i>	25
3.1.2 <i>Processus prioritaire : Gouvernance</i>	27
3.1.3 <i>Processus prioritaire : Gestion des ressources</i>	29
3.1.4 <i>Processus prioritaire : Capital humain</i>	31
3.1.5 <i>Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité</i>	33
3.1.6 <i>Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes</i>	35
3.1.7 <i>Processus prioritaire : Communication</i>	36
3.1.8 <i>Processus prioritaire : Environnement physique</i>	38
3.1.9 <i>Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence</i>	40
3.1.10 <i>Processus prioritaire : Cheminement des clients</i>	42
3.1.11 <i>Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux</i>	44
3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services	47
3.2.1 <i>Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels</i>	48
3.2.2 <i>Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang</i>	50
3.2.3 <i>Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus</i>	53
3.2.4 <i>Ensemble de normes : Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés)</i>	56
3.2.5 <i>Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées</i>	58
3.2.6 <i>Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer</i>	61
3.2.7 <i>Ensemble de normes : Normes de gestion des médicaments</i>	66
3.2.8 <i>Ensemble de normes : Normes sur le don d'organes de donneurs vivants</i>	69
3.2.9 <i>Ensemble de normes : Prévention des infections</i>	71
3.2.10 <i>Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique</i>	73

3.2.11 Ensemble de normes : Services d'obstétrique	75
3.2.12 Ensemble de normes : Services de gestion des cas	78
3.2.13 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux	81
3.2.14 Ensemble de normes : Services de médecine	82
3.2.15 Ensemble de normes : Services de santé mentale	87
3.2.16 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée	91
3.2.17 Ensemble de normes : Services de soins intensifs	94
3.2.18 Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie	100
3.2.19 Ensemble de normes : Services des urgences	102
3.2.20 Ensemble de normes : Services palliatifs et services de fin de vie	106
3.2.21 Ensemble de normes : Soins ambulatoires	108
3.2.22 Ensemble de normes : Télésanté	113
3.2.23 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales	116
4.0 Résultats des outils d'évaluation	121
4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance	121
4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients	125
4.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	127
4.4 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	129
Annexe A Programme Qmentum	130
Annexe B Processus prioritaires	131

Section 1 Sommaire

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

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

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

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

1.1 Décision relative au type d'agrément

Centre universitaire de santé / McGill University Health Centre a obtenu le type d'agrément qui suit.

Agréé

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

1.2 Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 15 au 20 septembre 2013**

- **Emplacements**

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

- 1 Administrative Services (2155 Guy)
- 2 Lachine Campus Hospital
- 3 Montreal Chest Institute
- 4 Montreal Children's Hospital
- 5 Montreal General Hospital
- 6 Montreal Neurological Hospital
- 7 Royal Victoria Hospital

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

- 1 Normes sur le leadership
- 2 Normes sur la gouvernance

Normes sur l'excellence des services

- 3 Services de gestion des cas
- 4 Normes de gestion des médicaments
- 5 Services de traitement du cancer et d'oncologie
- 6 Normes relatives aux salles d'opération
- 7 Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables
- 8 Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés)
- 9 Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus
- 10 Services de chirurgie
- 11 Services de soins intensifs
- 12 Services des urgences
- 13 Les normes sur les analyses de biologie délocalisées
- 14 Prévention des infections
- 15 Soins ambulatoires
- 16 Services de laboratoires biomédicaux

- 17 Services d'imagerie diagnostique
- 18 Services palliatifs et services de fin de vie
- 19 Laboratoires et banques de sang
- 20 Services de soins de longue durée
- 21 Services de médecine
- 22 Services de santé mentale
- 23 Banques de sang et services transfusionnels
- 24 Télésanté
- 25 Normes sur le don d'organes de donneurs vivants
- 26 Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer
- 27 Services d'obstétrique

- **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

- 1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance
- 2 Sondage sur la culture de sécurité des patients
- 3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
- 4 Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

1.3 Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	81	5	0	86
 Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	136	5	0	141
 Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	710	89	7	806
 Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	204	8	1	213
 Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	372	9	5	386
 Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	93	1	2	96
 Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	1128	90	7	1225
 Efficience (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	102	8	0	110
Total	2826	215	22	3063

1.4 Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Normes sur la gouvernance	42 (95,5%)	2 (4,5%)	0	34 (100,0%)	0 (0,0%)	0	76 (97,4%)	2 (2,6%)	0
Normes sur le leadership	43 (93,5%)	3 (6,5%)	0	84 (98,8%)	1 (1,2%)	0	127 (96,9%)	4 (3,1%)	0
Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	42 (91,3%)	4 (8,7%)	0	93 (94,9%)	5 (5,1%)	0	135 (93,8%)	9 (6,3%)	0
Services d'imagerie diagnostique	58 (86,6%)	9 (13,4%)	0	54 (90,0%)	6 (10,0%)	1	112 (88,2%)	15 (11,8%)	1
Services d'obstétrique	63 (100,0%)	0 (0,0%)	0	75 (100,0%)	0 (0,0%)	0	138 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Prévention des infections	44 (83,0%)	9 (17,0%)	0	36 (81,8%)	8 (18,2%)	0	80 (82,5%)	17 (17,5%)	0
Banques de sang et services transfusionnels	36 (100,0%)	0 (0,0%)	6	15 (100,0%)	0 (0,0%)	2	51 (100,0%)	0 (0,0%)	8
Laboratoires et banques de sang	74 (92,5%)	6 (7,5%)	1	83 (87,4%)	12 (12,6%)	0	157 (89,7%)	18 (10,3%)	1
Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus	58 (98,3%)	1 (1,7%)	0	77 (96,3%)	3 (3,8%)	0	135 (97,1%)	4 (2,9%)	0

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés)	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0	80 (100,0%)	0 (0,0%)	0	115 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Les normes sur les analyses de biologie délocalisées	27 (71,1%)	11 (28,9%)	0	28 (62,2%)	17 (37,8%)	3	55 (66,3%)	28 (33,7%)	3
Normes de gestion des médicaments	65 (86,7%)	10 (13,3%)	1	44 (89,8%)	5 (10,2%)	3	109 (87,9%)	15 (12,1%)	4
Normes relatives aux salles d'opération	62 (89,9%)	7 (10,1%)	0	26 (86,7%)	4 (13,3%)	0	88 (88,9%)	11 (11,1%)	0
Normes sur le don d'organes de donneurs vivants	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	76 (100,0%)	0 (0,0%)	0	116 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	36 (90,0%)	4 (10,0%)	0	55 (93,2%)	4 (6,8%)	0	91 (91,9%)	8 (8,1%)	0
Services de chirurgie	28 (93,3%)	2 (6,7%)	0	52 (81,3%)	12 (18,8%)	1	80 (85,1%)	14 (14,9%)	1
Services de gestion des cas	24 (96,0%)	1 (4,0%)	0	73 (98,6%)	1 (1,4%)	0	97 (98,0%)	2 (2,0%)	0
Services de laboratoires biomédicaux	14 (87,5%)	2 (12,5%)	0	34 (94,4%)	2 (5,6%)	0	48 (92,3%)	4 (7,7%)	0
Services de médecine	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0	65 (94,2%)	4 (5,8%)	0	92 (95,8%)	4 (4,2%)	0
Services de santé mentale	30 (96,8%)	1 (3,2%)	0	68 (95,8%)	3 (4,2%)	0	98 (96,1%)	4 (3,9%)	0
Services de soins de longue durée	24 (100,0%)	0 (0,0%)	0	71 (98,6%)	1 (1,4%)	0	95 (99,0%)	1 (1,0%)	0
Services de soins intensifs	26 (86,7%)	4 (13,3%)	0	73 (79,3%)	19 (20,7%)	1	99 (81,1%)	23 (18,9%)	1

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Services de traitement du cancer et d'oncologie	29 (100,0%)	0 (0,0%)	0	74 (100,0%)	0 (0,0%)	0	103 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services des urgences	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	95 (100,0%)	0 (0,0%)	0	126 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services palliatifs et services de fin de vie	29 (100,0%)	0 (0,0%)	0	105 (100,0%)	0 (0,0%)	0	134 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Soins ambulatoires	36 (100,0%)	0 (0,0%)	2	71 (95,9%)	3 (4,1%)	1	107 (97,3%)	3 (2,7%)	3
Télésanté	30 (100,0%)	0 (0,0%)	0	37 (100,0%)	0 (0,0%)	0	67 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Total	1053 (93,3%)	76 (6,7%)	10	1678 (93,8%)	110 (6,2%)	12	2731 (93,6%)	186 (6,4%)	22

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

1.5 Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Analyse prospective liée à la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Abréviations dangereuses (Normes de gestion des médicaments)	Non Conforme	4 sur 4	2 sur 3
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	1 sur 5	0 sur 2
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services d'obstétrique)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de chirurgie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de gestion des cas)	Non Conforme	1 sur 3	1 sur 2
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de santé mentale)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services des urgences)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments à l'admission (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 2
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services d'obstétrique)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de chirurgie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de gestion des cas)	Non Conforme	2 sur 3	2 sur 2
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de santé mentale)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de soins de longue durée)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de soins intensifs)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services des urgences)	Non Conforme	2 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 4	0 sur 1
Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle (Normes sur le leadership)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les normes sur les analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Normes relatives aux salles d'opération)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de chirurgie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de médecine)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services de soins intensifs)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Deux identificateurs de client (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Deux identificateurs de client (Soins ambulatoires)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Liste de contrôle d'une chirurgie (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes relatives aux salles d'opération)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Normes sur le don d'organes de donneurs vivants)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Liste de contrôle d'une chirurgie (Services d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de gestion des cas)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Rôle des clients et des familles en ce qui concerne la sécurité (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Transfert de l'information (Services d'obstétrique)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de chirurgie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de gestion des cas)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de médecine)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de santé mentale)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de soins intensifs)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services des urgences)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Transfert de l'information (Soins ambulatoires)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Concentrations de médicaments (Normes de gestion des médicaments)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Électrolytes concentrés (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Formation sur les pompes à perfusion (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes de gestion des médicaments)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Normes relatives aux salles d'opération)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services d'obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de chirurgie)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de médecine)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de soins intensifs)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services des urgences)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Programme de gérance des antimicrobiens (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Sécurité liée à l'héparine (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Normes de gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des patients (Normes sur le leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Normes sur le leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Normes sur le leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Normes sur le leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Processus de stérilisation (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	1 sur 1
Taux d'infection (Prévention des infections)	Conforme	1 sur 1	3 sur 3
Vaccin antipneumococcique (Services de soins de longue durée)	Conforme	2 sur 2	0 sur 0
Vérification de l'hygiène des mains (Prévention des infections)	Non Conforme	1 sur 1	1 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Prévention des chutes			
Stratégie de prévention des chutes (Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services d'obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de santé mentale)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Services de gestion des cas)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques			
Prévention des plaies de pression (Services de soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services palliatifs et services de fin de vie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Services de santé mentale)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus)	Non Conforme	1 sur 2	1 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Normes sur le don d'organes de donneurs vivants)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de chirurgie)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de soins intensifs)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services de traitement du cancer et d'oncologie)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2

1.6 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'organisme, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), mérite des félicitations pour sa préparation et sa participation au programme Qmentum, de même que pour son engagement envers l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité, manifeste dans sa participation active au processus d'agrément. L'organisme s'appuie sur une tradition d'excellence en soins cliniques, en recherche et en enseignement interprofessionnel. Les établissements qui le constituent peuvent célébrer de nombreux succès, tant dans leur travail que dans leur pleine participation au processus d'agrément et dans l'accueil réservé à l'équipe de visiteurs. Celle-ci a pu non seulement rencontrer diverses parties prenantes internes et externes pendant la visite d'agrément, mais aussi obtenir des éléments probants écrits, verbaux et visuels servant à vérifier la conformité ou la non-conformité aux normes. Les membres du personnel et les patients étaient pleinement disposés à répondre aux questions et à démontrer leurs compétences et connaissances.

Le conseil d'administration donne le ton à un organisme très performant. En plus d'être présents lors des réunions de présentation et relatives à la gouvernance, ses membres ont également participé activement à la visite d'agrément. Depuis la dernière visite d'agrément, le conseil a prévu du temps, dans le cadre de sa retraite, pour évaluer son travail collectif. Il a également supervisé le recrutement et la sélection du nouveau chef de la direction. Le conseil se compose de membres désignés et choisis, dont environ 16 nouveaux membres qui occupent leur poste depuis 18 mois. Il reçoit l'information et les rapports à temps pour se préparer à ses réunions et à celles des comités. Les membres du conseil indiquent qu'ils sont dévoués à leur travail et donnent des exemples de leur participation à 21 comités, sous-comités et conseils. Des progrès pour donner suite à 49 recommandations du rapport Baron sont constatés.

Bien qu'il y ait actuellement des cadres et processus relatifs à l'éthique clinique et à l'éthique de la recherche, il n'y a pas de cadre organisationnel pour la prise de décisions administratives et du conseil dans un contexte d'éthique. La vision d'un Centre d'éthique appliquée au CUSM, qui contribuerait à créer une approche exhaustive quant à l'éthique, reçoit un certain appui.

Pour la suite des choses, il sera important que le conseil veille à ce que les activités du CUSM se poursuivent à un haut niveau, tout en effectuant une transition réussie vers le nouvel établissement et en gérant les changements. Le bureau de transition et les ressources connexes constitueront un atout important à cet égard. Le nouveau projet de redéploiement du CUSM dans trois établissements vise à créer un environnement dans lequel le personnel, les patients et les familles pourront offrir et obtenir les meilleurs soins pour la vie. La construction au site Glen progresse à un rythme étonnant, tout comme le changement et la transition au CUSM. L'organisme a noué des relations fortes, tant à l'interne qu'à l'extérieur du CUSM.

Un comité exécutif des usagers du CUSM a été mis sur pied pour représenter les comités des patients des différents établissements. Le comité des résidents collabore avec les comités des usagers afin de défendre les intérêts de ces derniers, dans le but de soutenir la qualité des services, le rendement et la sécurité. Les comités des usagers ont participé à des conférences et assemblées annuelles afin de faire entendre la voix des patients lors des discussions. Il y a de nombreuses réalisations dont les comités des usagers sont fiers. Le CUSM a partagé sa vision quant à la participation des patients et estime que leur perspective est précieuse. La création d'un poste de liaison pour faciliter la coordination, la formation, l'orientation et la préparation à l'intention des nouveaux membres du comité des usagers a été suggérée.

Des patients ont fait savoir au comité des usagers qu'ils s'inquiètent des désinvestissements en soins non tertiaires à l'avenir. Il serait utile de veiller à ce que des membres de ce comité soient présents dans chaque mission et dans chaque grand projet d'optimisation, tant pour leur rôle de communication que pour apporter de la rétroaction.

Puisqu'on ne peut jamais trop en faire en matière de communications, le CUSM applique différentes stratégies pour améliorer les siennes, particulièrement en cette période de changement et de transition. Le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS), qui englobe près des deux tiers de la province de Québec, donne une vaste portée aux communications du CUSM. On a recours à des communications proactives et aux médias sociaux, notamment par l'utilisation de comptes Facebook et Twitter pour divers besoins spécialisés.

De nouveaux systèmes d'information sont en place et fournissent aux gestionnaires des rapports financiers et logistiques détaillés. Cependant, ils accroissent parfois le stress lié à l'adaptation au changement. D'autres modules de systèmes d'information pour les fonctions de ressources humaines seront lancés au cours des mois à venir.

En ce qui concerne la planification des urgences, l'organisme a réalisé des travaux importants pour mettre à jour ses politiques de code orange, y compris un exercice complet auquel ont participé tous les partenaires de la communauté. Le code violet pour le protocole de surcapacité a été peaufiné et tous les services concernés travaillent à l'amélioration du cheminement des patients. Le plan de pandémie est plutôt un document général qui comprend de l'information d'ordre provincial, mais pas de plan propre à l'hôpital précisant les rôles et responsabilités. Les prochaines étapes comprendront l'élaboration d'un plan de pandémie propre à l'hôpital établissant clairement les rôles et responsabilités.

Les partenaires de la communauté travaillent activement à planifier le rapatriement des patients et des lits afin d'appuyer la transition du CUSM. Ils travaillent dur pour établir le bon niveau de soins pour le bon patient et se préparer en conséquence. Les partenaires du CUSM ont déjà fait connaître différentes histoires de réussite, dont celle d'une entente en télésanté entre le Québec et la France à laquelle figurent les services du Nunavik appuyés par le CUSM. Les partenaires disent avoir une bonne relation de travail ouverte avec le CUSM et ont hâte que la transition soit terminée.

La direction du CUSM a connu de nombreux bouleversements, éprouvant simultanément des problèmes de relations médiatiques, de budget et de gestion du changement. La gérance financière s'est révélée être un défi. Pour la suite des choses, il sera important d'assurer que les affectations budgétaires s'harmonisent aux orientations stratégiques et aux grands projets d'optimisation. L'organisme fait de la qualité et de la sécurité une priorité : en plus des évaluations et vérifications externes du risque exigées par la province, il a recours aux indicateurs et résultats de la visite pour planifier des améliorations.

La direction est encouragée à prendre en main différentes politiques et ententes qui datent d'il y a au moins une décennie. Il faut prêter attention au contrôle des versions des politiques et procédures ainsi qu'à la gestion des documents, en particulier dans les secteurs cliniques qui se fient à des versions papier désuètes. Des membres du personnel signalent quelques difficultés quant à la recherche de versions électroniques. L'accès aux ordinateurs dans certains secteurs cliniques est par ailleurs limité.

Les missions sont établies et bénéficieraient d'un soutien provenant des échelons supérieurs dans l'organisme pour ce qui est de l'amélioration de la qualité et des mesures du rendement. Les gestionnaires et superviseurs sont disposés à aider leur personnel pour faciliter les soins aux patients. Ils font tout ce qu'ils peuvent pour accomplir leur travail, compte tenu des contraintes budgétaires ainsi que de l'âge des installations et de l'équipement dont ils disposent.

Des membres du personnel estiment que le CUSM change trop rapidement et s'inquiètent des fermetures et des compressions des effectifs qui touchent certains services. Lorsque les communications ne sont pas claires et constantes, les rumeurs peuvent se substituer aux faits. Plusieurs stratégies de communication ont été employées, et il faudra prêter davantage d'attention aux communications au cours des années à venir. Une formation en gestion du changement a été offerte pour renforcer la résilience de l'organisme au fur et à mesure qu'il continuera d'évoluer et de changer. Cela deviendra de plus en plus important à mesure que l'année 2015 approche.

Des occasions d'amélioration de la qualité de vie au travail, notamment des cours sur la pleine conscience ou l'équilibre vie-travail et l'accès à un programme d'aide aux employés, sont offertes afin d'aider les employés à donner leur plein potentiel lorsqu'ils fournissent des soins. Le personnel a accès à des occasions de formation professionnelle et en profite, comme le démontre le nombre de programmes, cours et subventions reçues. Il est bien formé et détient les titres de compétences nécessaires, s'il y a lieu. Dans l'ensemble, le niveau de dotation est adéquat pour assurer les soins aux patients.

Les bénévoles jouent un rôle important dans les soins aux patients et offrent un soutien émotionnel considérable lorsqu'ils le peuvent. En entrevue, certains patients ont dit se sentir plus à l'aise de discuter de leurs problèmes de santé avec le personnel non soignant puisque celui-ci n'utilise pas de terminologie médicale. Ils ont dit qu'ils ne veulent pas toujours entendre parler de solutions qui leur sont présentées par le personnel soignant, mais désirent simplement discuter avec une personne qui a le temps d'être empathique et de les écouter, ce qui est le rôle qu'exercent les bénévoles.

L'utilisation de l'espace est maximisée malgré les restrictions et l'infrastructure vieillissante de nombreux établissements. Dans les divers secteurs de service, l'approche d'équipe est évidente et les disciplines de soins de santé collaborent pour offrir le meilleur soutien possible aux patients et aux familles. Davantage d'efforts sont nécessaires pour assurer le partenariat complet souhaité dans tout le CUSM, selon la mission de la direction. Le renforcement des capacités et l'engagement envers la prochaine génération de prestataires de soins constituent une force reconnue du CUSM, qui accueille environ 5 000 étudiants et stagiaires chaque année.

Les membres du personnel ont accès à des bibliothèques médicales en ligne dans tout le CUSM. Cependant, les guides des meilleures pratiques et les plans d'intervention fondés sur des données probantes n'ont pas été couramment établis dans les secteurs de service. La sécurité a été définie comme étant une priorité, et une vigilance soutenue est nécessaire pour favoriser les bonnes pratiques et accroître la sécurité par la mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises.

La collaboration entre services facilite l'accès rapide aux services de soutien lorsque ceux-ci sont nécessaires. Les soins sont axés autant sur les familles que sur les patients, et le personnel déploie souvent de grands efforts pour inclure les membres de la famille et satisfaire à leurs demandes. Les soins aux patients sont constitués de solutions physiques et de soutien émotionnel, l'accent étant mis sur ce dernier dans de nombreux secteurs. L'empathie joue un rôle majeur dans le régime de soins.

Le CUSM a recours à un certain nombre d'outils fiables et validés pour mesurer la satisfaction et l'expérience des patients. Cette information sert de critère pour améliorer la qualité du point de vue des patients et familles.

La rétroaction offerte par les patients et leurs familles durant la visite d'agrément était positive. Les visiteurs ont recueilli des déclarations telles que : « J'aurais pu être vu plus rapidement à un autre hôpital, mais j'ai choisi de revenir ici malgré l'attente » ou « Ces gens accomplissent des miracles ». Les patients et leurs familles sentent qu'ils participent activement aux soins grâce à la rétroaction constante qu'ils reçoivent.

Section 2 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 l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Bilan comparatif des médicaments à l'admission L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant au début des services quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif devrait être effectué périodiquement selon ce qui est approprié pour le client ou la population qui reçoit les services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 9.14 · Services d'obstétrique 9.5 · Services de médecine 7.5 · Services de gestion des cas 7.6 · Services de santé mentale 7.6 · Services des urgences 8.3 · Soins ambulatoires 8.3
<p>Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé L'équipe établit, de concert avec le client, la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif des médicaments doit être refait périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services d'obstétrique 12.3 · Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 16.3 · Services de médecine 11.3 · Services de santé mentale 11.3 · Services de gestion des cas 11.4 · Services des urgences 11.5 · Soins ambulatoires 12.2
<p>Deux identificateurs de client L'équipe utilise au moins deux identificateurs de résident avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Services de soins de longue durée 8.8
<p>Abréviations dangereuses L'organisme a établi et mis en oeuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Normes de gestion des médicaments 10.2

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<p>Liste de contrôle d'une chirurgie L'équipe utilise une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Normes relatives aux salles d'opération 6.8
<p>Bilan comparatif des médicaments en tant que priorité organisationnelle L'organisme établit le bilan comparatif des médicaments des usagers à l'admission, ainsi qu'au moment du transfert ou du congé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Normes sur le leadership 15.7
<p>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</p>	
<p>Concentrations de médicaments L'organisme normalise et limite le nombre de concentrations de médicaments disponibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Normes de gestion des médicaments 3.4
<p>Formation sur les pompes à perfusion Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation efficace au sujet des pompes à perfusion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer 5.8 Normes de gestion des médicaments 19.4 Normes relatives aux salles d'opération 2.3 Services de chirurgie 4.4 Services de soins intensifs 4.4 Services de médecine 4.4 Soins ambulatoires 4.5 Services de soins de longue durée 4.5
<p>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</p>	
<p>Vérification de l'hygiène des mains L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prévention des infections 6.5
<p>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</p>	
<p>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus 12.1

Section 3 Résultats détaillés de la visite

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

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

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

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

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

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

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

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

	Critère à priorité élevée
	Pratique organisationnelle requise
PRINCIPAL	Test principal de conformité aux POR
SECONDAIRE	Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

3.1.1 Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
4.11 Les politiques et les procédures relatives aux fonctions, aux activités et aux systèmes clés de l'organisme sont conservées par écrit, autorisées, mises en oeuvre et mises à jour.	

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

Le CUSM est fier de sa tradition qui allie recherche universitaire, enseignement et technologie aux soins aux patients et à leurs familles. Cet engagement à garantir les soins, aujourd'hui comme demain, se manifeste dans six hôpitaux et un institut de recherche. En tant que centre de santé universitaire, le CUSM fait partie du RUIS de McGill et sert une population importante répartie sur une vaste aire géographique. Sept fondations appuient les établissements qui constituent le CUSM.

La mission, la vision et les valeurs font actuellement l'objet d'un examen à la lumière des pressions qui pèsent sur l'organisme et des défis liés au transfert de certains services vers un nouveau site. La planification tient compte des besoins de la communauté comme de ceux du personnel et se fait dans un esprit de reconstruction, avec un nouveau conseil et un nouveau chef de la direction. Des plans d'action et des projets de construction abordent les questions de transition et d'espace. Un groupe de redéploiement se consacre à la gouvernance clinique et aux soins afin de continuer à offrir des soins de qualité tout en respectant les réductions budgétaires au moyen d'une efficacité accrue. Cela dit, le personnel mentionne qu'il en a assez des changements et des compressions, et il est évident que le moral en souffre.

Le modèle de mission comprend un chef du département de médecine, un directeur associé des services infirmiers, un directeur administratif, un conseiller financier et un conseiller à la qualité. Certaines missions peuvent aussi englober d'autres rôles comme les communications ou le soutien au bureau de développement. L'approche collaborative et la diffusion transparente des résultats ont permis de fixer et d'atteindre des cibles exigeantes en matière de gestion fiscale et de planification de la transition vers de nouveaux sites. En plus des objectifs organisationnels, chaque mission clinique se fixe des objectifs stratégiques et opérationnels en fonction des priorités globales. Les missions cliniques comprennent des comités comme la table de

mission, le comité consultatif médical, le comité exécutif du personnel infirmier, le comité de thérapeutique et de services paramédicaux ainsi que les activités cliniques.

Le comité opérationnel veille au respect des priorités, notamment en ce qui concerne les indicateurs du tableau de bord, la mise en œuvre du système informatique Logibec et l'automatisation des systèmes financier, administratif et de ressources humaines. Tous les membres du personnel et de la direction et tous les médecins doivent déployer des efforts supplémentaires afin de répondre aux nouvelles exigences en place depuis l'approbation du plan clinique en 2007 et de se préparer pour 2015 et l'avenir.

Le soutien à la promotion de la santé et à la prévention se fait à l'échelle locale par des programmes comme ceux de cessation du tabagisme, et à l'échelle pancanadienne par des partenariats avec des groupes comme l'Association canadienne des centres de santé pédiatriques. Le CUSM fournit également un accès aux soins aux communautés nordiques et du soutien international par l'entremise des conférences de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le CUSM répond aux besoins de la communauté. À titre d'exemple, des vidéos d'information ou portant sur la participation des patients diffusées sur son site Web ont attiré des visiteurs et obtenu des réactions positives. L'utilisation des médias sociaux est également en hausse. Un programme d'autogestion des maladies chroniques appelé « L'atelier » renforce l'autonomie des patients par rapport aux soins et soulage le fardeau des services de santé. Les membres du personnel et la direction du CUSM ont cité de nombreux exemples d'utilisation de la documentation pour s'informer et appliquer les pratiques exemplaires.

Les plans opérationnels sont appliqués à l'échelon de la mission, là où la qualité clinique et les considérations financières sont intégrées. Les équipes de mission déclarent que les indicateurs cliniques les ont aidées à favoriser la sensibilisation et l'efficacité. À l'avenir, le CUSM s'associera à d'autres hôpitaux et services pour le transfert de certains lits ambulatoires ou d'hospitalisation. La transformation des soins au chevet (TSAC) fait participer les patients, le personnel, les médecins et la direction à la refonte des travaux et à l'innovation en matière d'amélioration. Tous les projets de l'ensemble de l'organisme sont priorisés. Bien que la planification des ressources soit incluse dans les plans opérationnels, les contraintes de ressources financières et humaines présentent toujours un défi. Un des exemples mentionnés concernait le recours à du personnel infirmier d'agence à l'Hôpital de Lachine. Même si on a réussi à réduire le recours aux agences pour d'autres catégories de soignants, on fait toujours couramment appel à leurs infirmières.

Une unité de court séjour pour les urgences en santé mentale, la chirurgie thoracique et la chirurgie bariatrique ont été définies comme étant des besoins pour l'avenir. L'organisme s'est doté d'une infirmière praticienne en gériatrie, d'une infirmière spécialisée en AVC et d'une infirmière de liaison en psychiatrie, perçues comme importantes dans la planification et la réponse aux besoins en services.

L'amélioration du cheminement des patients et des trajectoires de soins, des données plus à jour et l'amélioration continue de l'expérience vécue par le patient font partie des idées mentionnées à titre de possibilités d'amélioration par les directeurs cliniques. La direction est consciente des problématiques et surveille la tolérance au changement. Elle fait un effort concerté pour offrir davantage d'occasions d'interactions en personne et favoriser la participation des membres du personnel, des médecins, des bénévoles et des patients.

3.1.2 Processus prioritaire : Gouvernance

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur la gouvernance	
1.3 Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	!
3.1 Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel en matière d'éthique et de critères fondés sur l'expérience concrète pour le guider dans ses décisions.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le conseil mérite des félicitations pour son engagement envers le processus d'agrément. En plus d'être présents aux réunions de présentation et sur la gouvernance, les membres du conseil ont participé activement aux traceurs liés aux processus prioritaires pour la gestion des ressources, les communications et la gestion intégrée de la qualité. Depuis l'agrément précédent, le conseil a prévu du temps, dans le cadre de sa retraite, pour évaluer son travail collectif. Il a également supervisé le recrutement et la sélection du nouveau chef de la direction.

Conformément aux prescriptions du gouvernement, le conseil compte 21 membres, dont quatre seulement en font partie depuis plus de 18 mois. En plus des membres requis par le mandat provincial, le conseil parvient à concilier les compétences nécessaires et les postes restants. Il se compose des comités et sous-comités suivants : gouvernance et éthique, vigilance, éthique de la recherche, vérification, finance (sous-comité), gestion de la qualité et des risques (COQAR), sécurité (sous-comité), usagers, immobilier, ressources humaines, Hôpital de Lachine et candidatures. Il compte également des comités spéciaux d'activités cliniques, de structure organisationnelle et de commutations. Quant aux conseils qui composent le conseil d'administration, il s'agit du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du conseil des infirmières et infirmiers, du conseil multidisciplinaire, du conseil pour les services aux enfants et aux adolescents, du conseil de personnel non clinique et du conseil consultatif de l'Hôpital neurologique de Montréal.

Tous les nouveaux membres reçoivent une orientation dispensée par le président du conseil ainsi qu'un guide de référence détaillé. Les membres du conseil ont relaté qu'ils participent à des conférences sur la qualité et l'agrément afin de mieux comprendre leurs rôles et responsabilités, particulièrement en matière de sécurité des patients et de reddition de comptes. Ils décrivent les discussions lors des réunions comme ouvertes et sincères et se disent aptes à faire face aux perturbations. Au besoin, le conseil met en place des comités spéciaux qui se penchent sur des aspects constituant une préoccupation particulière.

Le rapport Baron a soumis au CUSM 49 recommandations pour améliorer sa responsabilité financière et administrative. Avec la mise en œuvre de nouvelles politiques et de nouveaux rapports et tableaux de bord financiers, le nouveau conseil du CUSM a fait des progrès considérables en réponse à ces recommandations. La politique obligeant au respect des limites de dépenses en est un exemple. Le conseil est en mesure de discuter des problématiques et de tenir des réunions ouvertes au public afin de répondre au pied levé à des questions et de publier ses réponses.

Il n'y a pas actuellement de cadre éthique organisationnel pour la prise de décisions administratives et du conseil. Il y a toutefois du soutien pour une approche plus exhaustive en matière d'éthique, notamment quant à la possibilité d'établir un Centre d'éthique appliquée au CUSM. Le conseil a récemment acquis de l'expérience avec un précurseur à un cadre d'éthique puisqu'il a employé un cadre de « responsabilité raisonnable » lors d'un exercice d'établissement des priorités en matière d'activités cliniques (CAPS).

Les membres du conseil peuvent recevoir les documents dont ils ont besoin en version papier ou les consulter en version électronique par un portail sécurisé. Ils affirment disposer d'un préavis suffisant pour se préparer aux réunions. Le conseil reçoit aussi régulièrement des membres du personnel qui présentent des exposés jugés utiles.

Les six grands projets d'optimisation font partie de la réponse au besoin d'améliorer l'efficacité, l'efficacité et le rendement du CUSM. Le conseil veille à ce que la nécessité d'équilibrer le budget ne compromette pas la qualité et la sécurité des soins aux patients.

Des plans sont en cours pour créer des énoncés de vision, de mission et de valeur pour l'avenir, au-delà du transfert de certaines installations au site Glen en 2015. Le conseil englobe des représentants des patients et dispose d'une stratégie relative à l'expérience des patients.

Le conseil d'administration et la direction sont félicités pour leur leadership remarquable durant la période difficile qu'ils ont traversée.

3.1.3 Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Les priorités stratégiques sont intégrées à la planification financière. Le conseil d'administration, la direction et tous les échelons de l'organisme comprennent leur rôle en gestion des ressources. Les politiques financières peuvent être consultées sur l'intranet, tout comme les processus et outils budgétaires. Les conseillers financiers ont des discussions mensuelles avec les directeurs associés afin de se tenir au courant des pressions et écarts budgétaires. Le passage au système électronique Logibec nécessite une formation continue pour les gestionnaires, qui étaient habitués à obtenir des rapports en version papier. Les modules de gestion des finances et des documents sont actuellement mis en œuvre, alors que ceux concernant la paie et les horaires le seront en janvier 2014. Les directeurs et gestionnaires disent être à l'aise avec le processus budgétaire et apprécient le tableau de bord qu'ils peuvent passer en revue en même temps que les statistiques de leur service.

Le CUSM a subi des compressions budgétaires importantes. La phase un exigeait des économies de 28,8 millions de dollars, ce qui a nécessité la suppression de nombreux équivalents temps plein ainsi que la mobilisation de tout l'organisme derrière l'objectif de diminution des coûts. La phase deux inclut le grand projet d'optimisation, qui vise des économies de 21,4 millions de dollars. Les plans sont déjà établis et prévoient des économies de 6 millions aux blocs opératoires, de 4 millions en soins ambulatoires et de 2,7 millions aux laboratoires. Il s'agit d'une période extrêmement exigeante pour la direction de l'organisme vu le besoin d'effectuer des compressions budgétaires importantes au moment où il faut planifier le déménagement vers un nouveau site.

Différents comités sont rattachés au conseil d'administration, y compris le comité de vérification, qui relève de l'échelon de la direction, et des sous-comités structurés de manière à aborder le budget et le rendement. Le conseil d'administration s'est dit satisfait des rapports financiers reçus et a travaillé pour s'assurer que ceux-ci soient dans un format qui lui est utile. Cette situation a été décrite comme une amélioration par rapport à l'ancienne (« des tonnes de données, mais aucune information »), et le conseil est satisfait des progrès réalisés par le CUSM pour « reconstruire une grande institution ». Des tableaux de bord communiquent l'information clairement et avec concision. Les nouveaux gestionnaires reçoivent une orientation et de la formation sur l'information financière électronique. Les gestionnaires sont en mesure de faire un zoom avant pour voir les détails de leur centre de coûts. Il y a une augmentation perçue dans la participation des médecins et chirurgiens à la détermination des coûts, des volumes d'intervention et de l'équipement, ainsi qu'aux futures initiatives de financement des procédures.

Certaines décisions et attentes en matière de finances sont dictées par la province. À l'échelon organisationnel, le personnel d'encadrement travaille avec les parties prenantes, les médecins et le personnel pour prendre les meilleures décisions d'affectation dans un contexte de contraintes budgétaires. Le service des finances collabore étroitement avec celui de la qualité et avec des groupes cliniques afin d'analyser l'utilisation, la qualité et le rendement budgétaire.

Une vérification doit avoir lieu tous les quatre ans. C'est le conseil d'administration qui supervise la sélection des vérificateurs après un appel d'offres, évaluant l'expérience ainsi que le prix du contrat. Une recommandation au conseil est faite chaque année, lors de l'assemblée générale de juin. Le conseil a

récemment approuvé une politique de réduction des allocations de dépenses, compte tenu du besoin de restriction budgétaire.

Certains aspects du budget sont toujours préoccupants, dont la cardiologie (en raison du financement des fournitures et du volume d'interventions), l'Hôpital de Lachine, les systèmes d'information et la logistique. Des intervenants ont toutefois mentionné que « la crise donne lieu à de nouvelles possibilités » et que la relation entre le service des finances et les cliniciens s'était améliorée, les discussions et résultats étant plus fructueux. La situation budgétaire actuelle accroît le besoin de solutions créatives et d'une transparence et d'une sensibilisation accrues à propos des ressources. Le défi est de continuer à faire preuve de prudence quant au budget, de mettre en œuvre les réductions pour réaliser les économies projetées (40 % pour l'année financière 2013 2014) et d'appliquer les plans d'économie restants avant 2015.

3.1.4 Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
10.10 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre des politiques et des procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel et qui sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.	

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

La planification des ressources humaines, la qualité de vie au travail et la sécurité sont importantes pour le CUSM. Les personnel d'encadrement a cité l'innovation, la valorisation des employés et les relations attentives entre membres du personnel et patients comme étant des points forts. La relation avec les syndicats est décrite comme étant bonne. Bien qu'il y ait environ 3 000 griefs non résolus, des efforts sont désormais déployés pour faire participer les syndicats aux discussions et à la planification pendant les temps difficiles.

Le CUSM a été reconnu sur la liste restreinte des meilleurs employeurs en raison du soutien au bien-être et des occasions de formation continue ainsi que de perfectionnement professionnel offerts aux employés. Les membres du personnel déclarent spontanément qu'ils sont fiers du soutien à la formation que le CUSM fournit. De nombreux gestionnaires (environ 40) et 10 membres du personnel d'encadrement émergents dans le domaine de la santé ont participé à un cours sur le leadership offert par l'Université McGill. Certains membres du personnel d'encadrement ont eu la possibilité de recevoir la Formation en amélioration pour les cadres qui exercent dans la santé (FORCES). Cette formation encourage et soutient la participation du personnel clinique et des décideurs dans la surveillance d'indicateurs de qualité et de rendement précis. L'organisme a fait connaître de nombreux exemples de subventions et de partenariats novateurs qui appuient le perfectionnement du personnel.

Les grands projets d'optimisation ont nécessité la réduction et la réaffectation du personnel et du financement. Le nombre de postes éliminés a donné lieu à des cas de supplantation chez les employés syndiqués, une source de stress pour le personnel. La représentation syndicale est intégrée aux groupes de travail. Des messages délicats ont été transmis pour appuyer l'équipe de direction. Même en ces temps difficiles, l'humour est présent, par exemple dans des déclarations comme : « Le changement est positif, lance-toi le premier. » Étant donné qu'il y a actuellement un moratoire sur les embauches, l'accent n'est plus mis sur le recrutement. Le taux de rétention est fort et de nombreux employés disent être revenus au CUSM après avoir travaillé ailleurs. L'Hôpital de Lachine a fait des progrès dans la réduction du personnel d'agence, mais a toujours considérablement recours aux infirmières d'agence.

Le gala des prix du directeur général a été très bien accueilli par le personnel. Ces prix reconnaissent dix personnes et une équipe pour leur contribution exceptionnelle aux soins aux patients, à la recherche, à l'enseignement et à l'évaluation technologique. Les critères d'attribution des prix incluaient l'altruisme, l'impact et le sens de l'initiative.

Le système d'information Logibec a été mis en place pour les rapports financiers et la logistique. La mise en place des modules de ressources humaines est prévue pour décembre 2013.

Il n'y a pas eu d'évaluations de rendement depuis de nombreuses années. Le CUSM est semblable à d'autres organismes au Québec en ce que la plupart des employés n'ont pas subi d'évaluation de rendement officielle. Une nouvelle évaluation à 360 degrés a été élaborée et est prête à être essayée, mais rien n'a encore été mis en œuvre. La portée d'action des gestionnaires varie puisque certaines unités cliniques sont petites alors que d'autres sont très grandes. On espère que le plan de transition et l'harmonisation des services équilibreront la charge de travail à l'avenir.

Selon la rétroaction obtenue par le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, le CUSM a mis en œuvre les priorités relatives à la participation des employés et aux activités de mieux-être. L'offre d'un cours sur la pleine conscience en est un exemple. Les membres du personnel soulignent également qu'ils ont accès à un programme d'aide aux employés (PAE). L'amélioration de la page Web est en cours. Des entrevues de départ ont été menées à l'aide d'un outil établi il y a 18 mois. De la rétroaction est transmise confidentiellement aux gestionnaires afin que ces derniers soient conscients des possibilités d'améliorer la satisfaction du personnel.

Une campagne de vaccination contre la grippe a lieu chaque année au CUSM, avec un taux de participation d'environ 40 %. Des améliorations à la sécurité en milieu de travail sont nécessaires, notamment avec l'introduction d'aiguilles de sécurité et d'aiguilles émoussées pour aspirer les médicaments.

La gestion des bénévoles se fait actuellement dans les divers établissements qu'ils appuient, certains gestionnaires étant responsables de plus d'un établissement. La possibilité de revoir l'approche en gestion des bénévoles à l'avenir suscite un certain intérêt. Les bénévoles, dont l'énergie est palpable, reçoivent une orientation et une formation continue. Ils décrivent les prestataires de soins comme des « faiseurs de miracles » qu'ils sont fiers d'appuyer. Des cérémonies de remise de prix ont lieu, ce que les bénévoles apprécient énormément.

3.1.5 Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
<p>15.7 L'organisme établit le bilan comparatif des médicaments des usagers à l'admission, ainsi qu'au moment du transfert ou du congé.</p> <p>15.7.3 Un plan écrit permet d'instaurer l'établissement du bilan comparatif des médicaments partout dans l'organisme.</p> <p>15.7.4 Le plan comprend les endroits et les échéances prévus pour l'instauration de l'établissement du bilan comparatif dans l'ensemble de l'organisme.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p>

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

Le plan de qualité intégrée du CUSM comprend la hiérarchisation des initiatives d'amélioration, la description de la structure, les rôles et responsabilités des divers comités et les postes chargés d'accroître la qualité et la sécurité. Les membres du personnel reçoivent des aides comme des ressources, processus et outils pour leur appuyer dans leur quête de la qualité. Le processus employé pour élaborer le plan de qualité était à la fois ascendant et descendant, des premières lignes jusqu'au comité de gestion de la qualité et des risques (COQAR) pour ce qui concerne la qualité et les risques liés au conseil d'administration. Des rapports internes et externes produits après des inspections par des collègues ont apporté de nouvelles perspectives au plan de qualité. Toutes les missions cliniques sont incluses, qu'il s'agisse d'initiatives à petite ou à grande échelle.

Des initiatives à l'échelle de l'organisme entier sont en cours, par exemple l'application du cadre de participation des patients, la stratégie relative à l'expérience patient, la transformation des soins au chevet (TSAC) et le Programme national d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux (ou NSQIP, de l'anglais National Surgical Quality Improvement Program). Les six grands projets d'optimisation découlent de la nécessité d'améliorer l'efficacité, l'efficacité et le rendement du CUSM. Sans perdre de vue le besoin d'équilibrer le budget, les cliniciens ont défini des indicateurs assurant que la qualité, la sécurité et l'accès aux soins ne sont pas compromis. Le CUSM a mis de l'avant des exemples de réussite comme la mission pour des soins de cancer de qualité et le bureau de l'amélioration du rendement. Ce bureau a été mis sur pied en 2006 dans le but d'améliorer le rendement grâce à l'évaluation des indicateurs et à des projets d'amélioration.

Fait impressionnant, le président du COQAR rencontre le directeur associé de la qualité, de la sécurité des patients et de la performance une fois par mois pour passer en revue l'information et se préparer aux réunions du comité. Le sondage sur la culture de sécurité des patients mené par l'organisme en 2010 et en 2013 a révélé que la direction des superviseurs en matière de sécurité était un aspect à améliorer. On a donc préparé un plan d'action pour élaborer un programme de formation continue des cadres intermédiaires et des médecins. Ce programme doit appuyer une culture de sécurité, la déclaration et la divulgation des incidents, l'analyse des événements critiques, une communication efficace et une culture non punitive.

Bien que le taux de déclaration des incidents ait augmenté au cours des dernières années, des problèmes liés au système papier demeurent. Le personnel ne prend pas toujours le temps de remplir les formulaires et les questionnaires sont trop occupés pour faire un suivi en temps opportun. Les médicaments constituent la cause première des incidents déclarés, suivis des chutes et des tests diagnostiques. De nouveaux outils permettant la détermination proactive des risques ont été élaborés pour des applications cliniques et non cliniques. Ces guides prospectifs d'évaluation du risque incluent une approche par étapes. La divulgation des événements indésirables demeure faible, à des taux se situant approximativement entre 11 et 26 %. Le rapport d'incident, la divulgation et d'autres politiques doivent être revus et mis à jour, et on suggère de mettre en place un programme global de gestion des documents de politique.

Le bilan comparatif des médicaments est passé par différents stades de planification et de mise en œuvre au CUSM au cours des dernières années. Des études pilotes concernant les transferts et les congés sont en cours et un plan de déploiement est prévu pour octobre 2013.

Différentes questions sont posées dans le cadre du rapport annuel sur la qualité, la sécurité des patients et le rendement : la sécurité des soins s'améliore-t-elle? L'accès aux soins s'améliore-t-il? La productivité (efficacité) s'améliore-t-elle? Les données sur l'atteinte des indicateurs de rendement clés comprennent l'établissement de groupes de recherche, l'élaboration de publications ainsi que des mesures du taux de rétablissement et de la rentabilité. Puisque les indicateurs opérationnels se trouvent sur l'intranet, la communication d'information est transparente.

Lorsqu'on leur demande quel adjectif ou descriptif pourrait s'appliquer à l'amélioration de la qualité au CUSM, les membres du personnel et du conseil d'administration répondent par des mots comme passion, expérience et bien-être du patient, ouverture et transparence, normalisation, vocabulaire commun, priorité, réduction des risques, omniprésence, rigueur et innovation. En fait, c'est grâce à l'innovation que des projets comme la Formation en amélioration pour les cadres qui exercent dans la santé (FORCES) ont été adoptés par le personnel et les médecins. Le fait d'encourager et de soutenir la participation du personnel clinique et des décideurs dans le suivi d'indicateurs de qualité et de rendement précis a aidé le CUSM tout comme d'autres organismes au Québec.

Il y a de nombreux exemples d'approches créatives pour améliorer les soins cliniques, par exemple « Prudence sur toute la ligne », qui vise l'élimination des infections et thromboses causées par les cathéters centraux, ainsi que la transformation des soins au chevet grâce aux mesures et au soutien fournis par des facilitateurs. L'amélioration « Billet O2 aller-retour » assure le transfert adéquat d'information sur l'oxygénation lorsque les patients quittent le service des urgences pour subir des examens en radiologie.

Les membres du personnel sont reconnus par les prix du programme Challenge Q + : « La qualité est accélérée grâce à vous ». Présenté en partenariat avec la Croix bleue du Québec, ce programme encourage et récompense une culture de qualité en attribuant un prix de 150 000 \$ à un projet d'amélioration exécuté par une équipe interdisciplinaire. Ce prix de qualité est remis par le président du conseil d'administration et un vice-président de la Croix bleue du Québec.

Le soutien du bureau de transition a contribué considérablement à l'amélioration de la qualité. L'approche du ralliement avant la transformation est illustrée par l'analogie de la course : une équipe se prépare à courir un marathon. Une fois la course entreprise, le CUSM détermine le rythme qu'il maintiendra pour sa démarche en matière de qualité à long terme.

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

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

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

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

À l'Hôpital universitaire McGill, le processus de prestation de soins et de prise de décisions fondées sur des principes d'éthique est bien harmonisé à la mission clinique et de recherche de l'organisme, comme le démontre le code de déontologie. Ce code est mis à la disposition du public sur Internet et est affiché près des entrées et dans les unités. La grande priorité est l'excellence en matière de soins aux patients, confirmant le lien direct avec la vision de l'organisme. Au total, sept principes gouvernent et guident les membres de l'équipe afin de créer un environnement positif, propice à la guérison.

L'équipe d'éthique clinique est composée d'un petit groupe d'éthiciens professionnels. Ses principaux objectifs sont de fournir, au besoin, du soutien et de l'orientation en matière d'éthique aux cliniciens ainsi qu'aux patients et aux familles. Les éthiciens peuvent être consultés 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et se présentent dans l'heure suivant la demande. À la suite de la consultation, il est possible de profiter d'un processus d'examen officiel et d'un rapport. Le nombre de requêtes a augmenté considérablement au fil des ans, au point où l'équipe doute de sa capacité à continuer d'offrir le service rapidement et efficacement.

L'éthique organisationnelle est un besoin émergent qui suscite un vif intérêt. Dans un système de santé en constante évolution, à tous les échelons, sur le plan de l'affectation des ressources et des contraintes, de l'accès aux soins, de la viabilité financière et ainsi de suite, des décisions complexes et transparentes doivent être abordées. Ce troisième aspect de l'éthique serait un atout pour la structure organisationnelle, comme le propose le rapport annuel.

En ce qui concerne l'éthique de la recherche, le cadre est exhaustif et a une vaste portée. Il comprend un nombre impressionnant de sous-comités par spécialisation, dont la composition est complète et équilibrée. L'équipe est fière du processus de soumissions de recherche en ligne qu'elle a élaboré. Le temps moyen de réponse à une demande est de quatre à six semaines. Les subventions et bourses de recherche sont en hausse, une réussite dont l'équipe est fière. L'équipe est actuellement en transition puisque le poste de chef d'équipe s'est récemment libéré. Néanmoins, comme ses fondations sont solides, elle est en mesure de continuer à répondre aux demandes.

3.1.7 Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
11.3 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre, révise et met à jour les politiques et les procédures pour soutenir la collecte, la saisie, l'utilisation, la déclaration et la consignation de l'information.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Le CUSM a travaillé de près avec des parties prenantes externes, qu'il décrit comme sa communauté. L'organisme a établi un réseau de communication avec tous les ordres de gouvernement, les agences ministérielles et les parties prenantes municipales. Le CUSM accorde une grande importance à sa relation avec les donateurs et fondations. Il a par ailleurs connu un grand succès relativement à une variété de subventions de recherche et de concours.

Les patients ont été décrits comme constituant « le tissu même » du CUSM, et les usagers des services sont intégrés de manière à optimiser la communication. Les comités d'usagers du CUSM collaborent étroitement avec les missions qui les concernent et donnent leur avis sur les suggestions et les communications. Ils ont participé à des conférences et assemblées annuelles afin de faire entendre la voix des patients lors des discussions. De nombreux organismes ont mis en place une fonction officielle de liaison avec les patients, améliorant ainsi la communication bidirectionnelle.

Les établissements partenaires, comme l'Université McGill et d'autres hôpitaux, ont une longue et solide tradition de collaboration avec le CUSM. Un exemple récent de partage de l'engagement entre partenaires est le communiqué, publié le 16 septembre 2013, dans lequel le réseau universitaire de santé McGill affirmait son soutien à la liberté d'expression des croyances religieuses. Ce communiqué a été signé par le doyen de la faculté de médecine, le directeur général et chef de la direction du CUSM, le directeur général de l'Hôpital général juif, le directeur général et chef de la direction intérimaire du Centre hospitalier de St. Mary et le directeur général de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Comme le CUSM est membre du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS), ses communications portent sur une vaste étendue qui englobe environ les deux tiers de la province de Québec. On a recours à des communications proactives et aux médias sociaux, notamment par l'utilisation de comptes Facebook et Twitter pour divers besoins spécialisés. Le plan de communication comprend 12 indicateurs clés qui contribuent à appuyer le travail actuel et futur du CUSM.

La direction a qualifié de « tempête parfaite » la période difficile des deux dernières années, durant laquelle le CUSM a subi les critiques des médias en même temps qu'il devait surmonter des obstacles budgétaires et faire face à divers changements, concernant notamment ses systèmes d'information. Il y a toutefois des espoirs considérables pour l'avenir puisque l'on cherche à diffuser des histoires de réussite et à mettre l'accent sur le travail fructueux du CUSM en soins cliniques, en enseignement et en recherche.

À l'interne, le CUSM emploie différentes stratégies pour communiquer avec les membres du personnel, les médecins et les bénévoles. Compte tenu de la disponibilité des ordinateurs et des préférences, on a recours aussi bien aux communications électroniques qu'imprimées. Les réunions de la direction, assemblées locales et séances d'information avec le public ont toutes bénéficié de communications efficaces. Le CUSM réagit aux questions et préoccupations en écoutant, en organisant des groupes de discussion et en répondant par de l'information et des données détaillées. Le « dialogue direct » en ligne permet d'obtenir des réponses aux questions en moins de 48 heures. Une autre idée créative employée était de communiquer l'information importante en l'imprimant sur des napperons de 11 sur 17 po pour les tables de la cafétéria.

De nombreux changements au système d'information ont déjà été apportés et d'autres sont prévus pour l'avenir. Les systèmes d'ordinateurs centraux désuets sont remplacés par le système OACIS (Online Application and Classification Information System). D'autres aspects des systèmes et modules sources, comme l'admission et l'inscription des patients sont toujours prévus. La combinaison de dossiers électroniques et de dossiers papier cause une certaine frustration chez les membres du personnel, d'autant plus que le système d'information clinique est attendu depuis de nombreuses années. Le personnel souligne que la récupération des politiques sur l'intranet n'est pas aisée et qu'il y a des copies papier désuètes des politiques dans les unités cliniques. La revue, la mise à jour et la gestion documentaire des politiques sont problématiques et de nombreuses politiques ne sont plus actuelles. Un système complet de gestion des documents est nécessaire et provisoirement prévu.

Les membres du personnel ont accès aux meilleures pratiques et à de l'information sur la recherche grâce à la bibliothèque médicale en ligne installée sur tous les ordinateurs du CUSM. En plus du soutien du bureau de transition, une approche de formation des formateurs encourage l'utilisation de la documentation pour appuyer la prise de décisions. Le service des communications emploie également les meilleures pratiques en ayant recours à des groupes de réflexion pour les relations publiques et en maintenant des relations collaboratives avec d'autres centres de santé.

Il y a des rapports publics sur les indicateurs de qualité, et la direction ainsi que les membres du conseil participent à des « tournées » favorisant le dialogue et l'apprentissage.

3.1.8 Processus prioritaire : Environnement physique

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

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

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

Quatre établissements ont été visités durant la visite d'agrément, soit l'Hôpital général de Montréal, l'Institut thoracique de Montréal, le Royal Victoria et l'Hôpital de Montréal pour enfants. À l'Hôpital général de Montréal, un projet géothermique d'une valeur de quatre millions de dollars a été réalisé, permettant de transformer la chaleur du sol en énergie pour chauffer le bâtiment. Un seul autre hôpital au Québec s'est doté de ce système novateur.

À l'Institut thoracique de Montréal, une mise à jour du système d'air thérapeutique est en cours. En ce qui concerne l'oxygène, en plus des deux réserves d'oxygène liquide, le système est muni d'un robinet auquel une réserve mobile pourrait être branchée en cas de panne simultanée.

Deux nouvelles fournaies ont été installées à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Les systèmes redondants de tous les établissements sont vérifiés chaque semaine, conformément à la politique.

Les plombiers, électriciens, techniciens et ingénieurs détiennent les permis valides exigés pour leur profession. Les services des installations de l'Institut thoracique et de l'Hôpital de Montréal pour enfants conservent des dossiers électroniques complets sur tous les équipements et systèmes des bâtiments. Ce système de dossiers électroniques relève l'entretien préventif, les réparations urgentes, les différentes tâches et le temps consacré à leur réalisation ainsi que les temps d'exécution, et envoie même un sondage de satisfaction du client lorsqu'une tâche est terminée. Les tâches quotidiennes relevées par le système sont mises à la disposition des membres du personnel afin qu'ils puissent effectuer un entretien préventif. Les demandes de réparation urgentes sont également traitées par ce système, qui les attribue à l'équipe selon la priorité. Tous les sondages indiquant une insatisfaction font l'objet d'un suivi détaillé par les gestionnaires de la logistique. Le système de logistique comporte des mesures de garantie : un superviseur de premier niveau sera alerté s'il y a une deuxième demande de réparation, alors qu'une troisième demande sera signalée à la haute direction afin que le problème soit résolu.

La propreté des bâtiments varie selon les établissements ainsi que les endroits au sein de ceux-ci. Certains secteurs sont encombrés et désordonnés alors que d'autres sont bien organisés malgré les contraintes d'espace. Seuls quelques postes de lavage des mains ont été notés dans les sous-sols de tous les établissements visités, y compris près des ascenseurs. L'équipe d'entretien ménager évalue un logiciel qui pourrait l'aider à analyser les délais d'exécution pour le nettoyage des lits ainsi qu'à faire le suivi d'autres indicateurs clés.

Selon les patients et les membres de leurs familles rencontrés, l'orientation est problématique dans tous les établissements visités. À certaines entrées principales, il y a un kiosque d'information où un employé ou bénévole peut diriger les patients vers leur destination. Toutefois, une fois passé ce kiosque, les visiteurs ont noté, en observant la circulation dans les couloirs, que les membres du personnel ne remarquent pas intuitivement si un patient, un membre de la famille ou un visiteur a du mal à trouver son chemin. Dans d'autres organismes, les bénévoles sont plus présents à des moments stratégiques de la journée pour faciliter l'orientation. Les membres du personnel sont néanmoins amicaux et serviables lorsqu'on leur demande de l'aide.

Dans tous les établissements, on remarque un encombrement considérable dans les couloirs du sous-sol ainsi que dans les unités de soins aux patients. Le personnel fait tout ce qu'il peut pour respecter la réglementation en matière d'incendie en s'assurant que les objets sont maintenus d'un seul côté du couloir, de façon constante. Au département d'oncologie de l'Hôpital Royal Victoria, un contenant en carton qui débordait et n'avait pas de couvercle était utilisé pour l'élimination des déchets cytotoxiques. Le petit réfrigérateur était plein et le couloir était encombré de contenants en carton fermés qui attendaient d'être ramassés. Le gestionnaire principal de l'entretien ménager est au courant du problème et a augmenté le nombre de ramassages, mais de toute évidence, d'autres ajustements sont nécessaires. Il est vivement recommandé au personnel d'encadrement responsable de la gestion des risques d'effectuer une évaluation des risques liés à cette situation. Une autre lacune persistante observée par plusieurs visiteurs utilisant les traceurs cliniques concerne l'état des réfrigérateurs à médicaments dans certaines unités. Selon le personnel d'entretien ménager à qui on a demandé qui en était responsable, il semble que ce soient les unités qui sont chargées du nettoyage des réfrigérateurs, quel que ce soit leur usage. Cette situation préoccupante mériterait un suivi à l'avenir.

L'équipe des services en bâtiment du CUSM a demandé et reçu une homologation en normes environnementales du bâtiment de l'Association des propriétaires et administrateurs d'immeubles (BOMA).

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

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le leadership	
14.5 Le personnel d'encadrement de l'organisme met régulièrement à l'essai les plans d'intervention pour tous les dangers en vue de sinistres ou d'urgences de l'organisme en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité de répondre à ces situations.	!
Ensemble de normes : Prévention des infections	
14.1 L'organisme dispose de politiques et de procédures qui respectent les lignes directrices fédérales et provinciales ou territoriales afin de déceler les épidémies et les pandémies, et de prendre les mesures qui s'imposent.	!
14.2 Les politiques et procédures à suivre pour déceler et gérer les épidémies et les pandémies sont mises à la disposition du personnel, des prestataires de services, des bénévoles, des clients et des familles.	!
14.5 Les politiques et les procédures comprennent la définition des rôles, des responsabilités et les obligations redditionnelles du personnel, des prestataires de services et de bénévoles qui participent à l'identification ou la gestion des épidémies et des pandémies.	
14.6 L'organisme coordonne sa planification entourant les pandémies et les épidémies avec la planification globale en vue de sinistres et d'urgences.	
14.7 L'organisme communique l'information sur les épidémies et les pandémies à ses partenaires, aux autres organismes et à la communauté.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'organisme compte sur un comité de préparation aux situations d'urgence qui a déployé des efforts considérables afin que les employés soient prêts en cas de catastrophe. Un exercice de code orange exhaustif comprenant plusieurs établissements a été mené en 2012 avec la participation de plusieurs partenaires municipaux, y compris des représentants du service d'incendie, de la police et de la Ville. Le plan d'intervention en cas d'urgence a été modifié et actualisé à la suite de cet exercice. De nombreux membres du personnel et médecins des services des urgences du CUSM y ont pris part et affirment être maintenant prêts à faire face à une situation de code orange. Les plans d'intervention en cas d'urgence sont complets et peuvent aisément être consultés par tout le personnel. L'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital Royal Victoria et l'Hôpital de Montréal pour enfants ont joué un rôle clé dans l'exercice de mesures d'urgence en cas de catastrophe.

L'organisme ne dispose pas de plan de pandémie exhaustif propre à ses hôpitaux. Un plan directeur a été élaboré selon les attentes provinciales en 2006. Il reste du travail à faire afin que tous les employés et prestataires de services comprennent leurs rôles et responsabilités en cas de pandémie.

L'organisme collabore étroitement avec la santé publique pour repérer et gérer les éclosions de maladies infectieuses. Certains changements ont été apportés aux processus après l'éclosion de grippe H1N1 afin d'améliorer les soins aux patients à l'avenir et ils ont été intégrés au plan d'intervention en cas d'urgence.

Des vérifications et inspections internes relatives à la prévention des incendies ont couramment lieu dans tous les établissements et donnent lieu à des rapports que le personnel utilise pour s'assurer que le suivi nécessaire est effectué. Des grilles comportant des indicateurs clés sont remplies afin qu'il y ait une uniformité dans tous les hôpitaux. On a récemment fait un exercice de code rouge au bloc opératoire pour vérifier que les protocoles sont adéquats. Des simulations de code rouge sont par ailleurs menées régulièrement.

Des réunions sont tenues de façon régulière afin que toutes les autres situations de code et tout le suivi nécessaire pour améliorer les processus soient passés en revue. Des membres du personnel des secteurs clés des hôpitaux ont reçu une formation sur les crises non violentes leur donnant la capacité de réagir aux situations de code blanc. La formation reçue est consignée dans le système électronique. Puisque les unités n'ont pas pu toutes confirmer qu'elles avaient participé à une simulation pour leur secteur de service, l'organisme est donc encouragé à continuer à organiser des exercices pour les situations de code dans tous les établissements et faire le suivi des progrès. La formation et la planification relatives au code orange doivent être étendues à d'autres secteurs hospitaliers et préciser clairement les rôles de tous les départements. Il faut vérifier régulièrement les trousseaux en cas de catastrophe afin de confirmer que les fournitures appropriées sont disponibles et que les membres du personnel y ont aisément accès, ainsi qu'aux douches verrouillées de l'Hôpital général de Montréal.

L'expansion à venir offre au CUSM une occasion de veiller à ce que des zones de décontamination adéquates soient à la disposition de tous les patients admis d'urgence en cas de catastrophe.

3.1.10 Processus prioritaire : Cheminement des clients

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération	
11.5 L'équipe de la salle d'opération communique avec les clients ou les prestataires de services de suivi pour aider à évaluer l'efficacité de la chirurgie et le transfert postchirurgical, et pour apporter des améliorations à ses services, s'il y a lieu.	

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

Le CUSM travaille avec ses équipes cliniques et non cliniques pour améliorer le cheminement des patients au sein du réseau de santé. De nombreuses initiatives interreliées sont en cours, notamment des projets de plans standard d'intervention en chirurgie, d'optimisation du transport des patients et d'harmonisation des pratiques au cours de la transition.

Un examen récent du protocole de gestion de la capacité et des procédures de surcapacité a contribué à mettre en évidence le besoin d'améliorer l'accès et le flux des patients. Un code violet est déclaré lorsque le système atteint 130 % d'occupation. Au besoin, un second code violet est déclaré, ciblant des services comme l'entretien ménager, le transport, la radiologie et tous les secteurs touchés par le besoin d'admission.

Un algorithme de prise de décision est en place et une tournée des lits a lieu quotidiennement à 8 h 45, ainsi qu'à 14 h 45 le vendredi. La radiologie et la chirurgie sont les principaux départements où il y a des engorgements. L'espace a aussi été mentionné comme étant une contrainte à l'évaluation initiale et au déchargement des patients par les services médicaux d'urgence.

Il existe des protocoles pour le détournement des ambulances. On a également cerné des périodes de pointe et des besoins auxquels la réservation anticipée et l'établissement des niveaux de transport requis ont contribué à répondre. Le soutien infirmier au service des urgences pour les patients gériatriques, victimes d'AVC ou atteints d'un cancer est perçu comme positif. L'initiative de transformation des soins au chevet comporte un module sur l'admission et le congé des patients. Des tableaux blancs indiquant la date de congé attendu aident le patient à devenir un participant actif à la planification de son congé. L'initiative appuie également le processus d'admission interdisciplinaire unique des patients en santé mentale et en a réduit la durée, qui est passée de quatre heures et demie à une heure. Le CUSM amorce l'utilisation des outils du programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale afin d'améliorer les résultats des interventions chirurgicales.

Au service des urgences, on a réussi à améliorer l'accès aux antibiotiques et à réduire la durée de l'hospitalisation pour les patients atteints d'un cancer et de neutropénie fébrile.

À l'Hôpital de Montréal pour enfants, un facteur important a été d'amener tout le monde à avoir le même niveau de compréhension quant à la nécessité des congés en temps opportun. Les secteurs des patients en pédiatrie hospitalisés et l'unité des soins intensifs mettent à l'essai les réunions de gestion des lits suggérées

par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) afin d'améliorer la communication ainsi que la planification des congés.

Des plans prévoient l'implantation du tableau de bord électronique des lits Logibec à l'automne 2013. Des discussions visant à améliorer l'accès aux autres environnements de soins sont par ailleurs en cours avec des partenaires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), la réadaptation, les soins palliatifs et les soins de longue durée.

3.1.11 Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	
1.3 L'équipe collabore avec d'autres intervenants au sein de l'organisme afin de limiter l'utilisation de la stérilisation rapide aux urgences et de ne jamais y avoir recours pour les ensembles complets d'instruments ou les appareils implantables.	!
2.4 Tous les superviseurs et les membres du personnel qui participent aux activités de retraitement ont réussi un cours reconnu sur le retraitement et la stérilisation.	
3.1 Lors de la planification et de la conception du service de retraitement des appareils médicaux, l'organisme tient compte du volume et des types de services de retraitement et de stérilisation, du déplacement des appareils et de l'équipement et de la circulation.	
3.4 Le service de retraitement des appareils médicaux comporte des secteurs précis et fermés pour la décontamination, lesquels sont séparés des autres secteurs de retraitement et du reste de l'organisme.	!
4.10 L'équipe fait le suivi des changements apportés aux politiques, aux PON, aux normes de pratique et aux directives des fabricants grâce à un système de contrôle documentaire.	
5.1 Les entrées et les sorties des aires de retraitement du service de retraitement des appareils médicaux sont équipées des installations nécessaires à l'hygiène des mains, y compris les secteurs de soutien au personnel.	
5.5 Les membres du personnel ont recours à des techniques de lavage des mains adéquates avant et après la réalisation de leurs tâches, ainsi qu'à d'autres moments clés pour prévenir les infections.	!
11.4 L'organisme conserve une réserve d'appareils de neurochirurgie et de neuro-orthopédie.	!
Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique	
8.1 La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement et de stérilisation dans l'organisme passe en revue et approuve les installations de l'équipe ainsi que les politiques et procédures de nettoyage et de retraitement.	

8.2	Si l'équipe n'a pas accès aux ressources nécessaires pour le nettoyage et le retraitement sécuritaires de l'équipement ou des appareils de diagnostic au point d'utilisation, elle les achemine au service de retraitement des appareils médicaux ou à un fournisseur de l'externe.	!
8.4	L'équipe suit les politiques et les procédures de l'organisme ainsi que les directives du fabricant en ce qui concerne l'acheminement de l'équipement et des appareils contaminés dans un contenant approprié à l'unité de retraitement ou au fournisseur de l'externe.	
8.5	L'équipe s'assure que le personnel qui s'occupe du nettoyage et du retraitement des appareils et de l'équipement diagnostiques est qualifié et compétent.	
8.6	Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux clients.	!
8.7	Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
8.8	L'équipe suit les politiques et les procédures de l'organisme et les instructions du fabricant pour choisir des méthodes appropriées de nettoyage, de désinfection et de retraitement.	
8.9	L'équipe suit les politiques et les procédures de l'organisme et les instructions du fabricant pour le nettoyage et le retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques.	!
8.11	L'équipe dispose d'un processus qui permet de retracer tout l'équipement et tous les appareils diagnostiques en cas de panne ou de défaillance du système de retraitement.	
8.12	La personne responsable de la coordination globale des activités de retraitement et de stérilisation dans l'organisme surveille la conformité de l'équipe aux politiques et aux procédures de l'organisme sur le nettoyage et le retraitement.	

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

Quatre établissements ont été visités relativement aux appareils et instruments médicaux et au retraitement : l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital de Lachine, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Royal Victoria. Le gestionnaire principal chargé du retraitement et de la stérilisation n'étant responsable que de cinq des six établissements, on peut difficilement affirmer qu'il existe une normalisation et une supervision dans tout l'organisme. Ce gestionnaire n'est pas non plus responsable du retraitement en imagerie diagnostique ni au Pavillon des femmes. Un examen des processus du Pavillon des femmes a révélé qu'un certain nombre des actions de retraitement ne sont pas conformes aux normes. Il est recommandé que cette fonction soit supervisée par le retraitement central et placée sous la responsabilité du gestionnaire principal chargé de tout l'organisme.

Le règlement provincial sur l'approvisionnement permet difficilement la normalisation de l'équipement, à moins que l'on prévoie remplacer un parc complet d'appareils médicaux. L'organisme publie un appel d'offres énonçant ses exigences, après quoi un processus de concours a lieu selon des critères pondérés de prise de décision. Il est donc important que tous les appels d'offres précisent qu'il faut pouvoir continuer d'acheter l'équipement préféré pendant la période de contrat sans devoir recommencer à zéro.

Les normes de formation en retraitement médical avaient été définies comme étant un aspect à améliorer lors de la visite d'agrément précédente. Depuis, tout nouvel employé provenant de l'externe doit détenir une attestation en retraitement de niveau collégial. Un nouveau formateur a élaboré un programme d'orientation complet à l'intention des nouveaux employés. Il y a toutefois un écart entre les connaissances théoriques de ceux détenant une attestation collégiale et de ceux détenant des années d'expérience et une formation à l'interne. Comme les nouveaux membres du personnel ont besoin de précepteurs qualifiés, deux processus ont été entrepris. Jusqu'à maintenant, 33 des 100 employés d'expérience ont terminé le cours d'attestation en ligne de 1 000 heures. Un programme de formation interne complet a été mis en place afin d'amener les connaissances théoriques de ceux qui n'ont pas eu l'occasion de suivre ce cours au même niveau que celles des employés qui ont obtenu l'attestation.

Les appareils et instruments médicaux peuvent maintenant être suivis par numéro d'article, date d'achat, entretien préventif effectué ou autre indicateur important permettant à l'équipe de retracer l'historique de réparation de toute pièce d'équipement tout au long de sa vie utile. Un comité formé de représentants des appareils et instruments médicaux, du retraitement, de la prévention et du contrôle des infections, de la santé et sécurité au travail ainsi que de cliniciens fait des recommandations au comité d'exploitation de l'organisme concernant les biens d'équipement à acheter en priorité et ceux qui peuvent attendre, selon divers facteurs. Si le remplacement d'une pièce d'équipement est approuvé, le personnel biomédical doit suivre une procédure détaillée. Un nouveau numéro d'article est attribué à la pièce d'équipement récemment achetée, puis l'ingénieur biomédical met l'ancienne hors service, s'il y a lieu, ou indique dans le système de suivi qu'elle est désuète et sera retirée si elle a besoin d'autres réparations.

L'évaluation du nouveau programme d'entretien préventif n'est qu'anecdotique puisque le système est en service depuis moins d'un an. Le gestionnaire principal a envoyé des sondages ciblés aux grands utilisateurs d'équipement médical afin de recueillir de l'information en temps réel. Le processus de surveillance de l'équipement de l'Hôpital de Lachine est une anomalie à plusieurs égards, dans la mesure où il s'agit du seul établissement où le nouvel équipement est envoyé directement au secteur qui en a besoin, sans qu'un ingénieur biomédical effectue une vérification de sécurité électrique. Il est tenu pour acquis que le fournisseur procède aux vérifications de sécurité avant d'expédier l'équipement. Une fois par semaine, un superviseur biomédical fait une visite et toute demande de réparation est envoyée à un service externe.

Certains articles à usage unique choisis sont retraités par des sous-traitants. Toutes les politiques de retraitement médical ont été passées en revue et mises à jour en mai 2013.

L'Hôpital neurologique de Montréal, l'Hôpital Royal Victoria et l'Hôpital de Montréal pour enfants ont tous en place un système à injection automatique fonctionnel qui dispense la bonne quantité de détergent aux postes de nettoyage à évier.

Retraitement des sondes d'échographie endocavitaires :

Les normes d'Agrément Canada sur le retraitement et la stérilisation des appareils et instruments médicaux réutilisables ne sont pas respectées lors de la désinfection radicale des sondes endocavitaires des services d'échographie. Dans un établissement en particulier, la désinfection radicale a lieu dans la salle d'échographie. La solution d'ortho-phthalaldéhyde (OPA) de Cidex est utilisée sans ventilation spéciale. Il n'y a aucun processus de suivi des appareils retraités en cas d'échec du retraitement. De plus, le personnel d'imagerie diagnostique chargé du retraitement n'a pas démontré sa compétence en suivant un cours officiel et en se soumettant à un examen.

3.2 Résultats pour les normes sur l'excellence des services

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

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

Analyses de biologie délocalisées

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

Transplantation d'organes et de tissus

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

Don d'organes (donneur vivant)

- Offrir des services de don d'organes provenant de donneurs vivants, par exemple, en appuyant les donneurs potentiels dans une prise de décisions éclairée, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur et en réalisant des procédures liées aux dons d'organes.

Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

Direction clinique

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

Compétences

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

Épisode de soins

- Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.

Aide à la décision

- Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.

Impact sur les résultats

- Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

Gestion des médicaments

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

Dons d'organes et de tissus

- Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.

Prévention des infections

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

Interventions chirurgicales

- Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.

Services de diagnostic - Imagerie

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

Services de diagnostic - Laboratoire

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

Banques de sang et services transfusionnels

- Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.

3.2.1 Ensemble de normes : Banques de sang et services transfusionnels

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels

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

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

Processus prioritaire : Banques de sang et services transfusionnels

Le service de médecine transfusionnelle emploie des technologues expérimentés, bien informés et dévoués. Les agents en sécurité transfusionnelle travaillent à former un réseau de technologues, de personnel infirmier et de médecins qui offrent des services de transfusion efficaces et sécuritaires. Les tableaux contenant de l'information relative aux différents produits sanguins, aux étapes d'administration de ces produits et aux signes permettant de reconnaître les réactions à la suite d'une transfusion constituent une excellente ressource, que le personnel infirmier utilise et apprécie. Le processus de confirmation par un témoin encourage les patients à participer à leurs propres soins et à leur sûreté. Le protocole de transfusion massive pour prendre en charge les patients présentant une hémorragie massive est implanté. Les commentaires très positifs reçus des médecins lors des vérifications du processus indiquent que ce dernier est efficace pour fournir des produits sanguins sûrement et rapidement.

La médecine transfusionnelle est un secteur du laboratoire où les résultats des analyses des patients sont très variables, et la résolution fructueuse de cette situation dépend en grande partie de l'expérience et des

connaissances. Le laboratoire est encouragé à élaborer un plan de succession et de transfert des connaissances afin d'assurer la conservation de l'expertise durant le réalignement de l'effectif.

L'équipe mérite des félicitations pour la mise en œuvre d'un consentement à la transfusion. Comme il s'agit d'une nouvelle exigence, elle est encouragée à effectuer des vérifications et à remédier aux cas aberrants afin de veiller à ce que la conformité demeure à un niveau acceptable.

Un avis de transfusion est fourni à certains patients au moment du congé de l'hôpital. Les secteurs de soins qui disposent du système informatique Traceline sont en mesure de produire une lettre contenant des renseignements sur le type et la quantité de produits sanguins transfusés. L'organisme est encouragé à élaborer un processus de notification pour tous les patients recevant des produits sanguins. Il s'agit d'une recommandation de la Commission d'enquête Krever, à la suite des problèmes éprouvés par le système de transfusions sanguines dans les années 1980.

3.2.2 Ensemble de normes : Laboratoires et banques de sang

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
6.2 Lorsqu'il assigne du personnel, le laboratoire tient compte de la taille du laboratoire, du volume des services et de la complexité des procédures. Référence CSA : Z902-10, 4.3.1.1, 4.3.1.2.	
6.3 En tout temps, le laboratoire doit pouvoir compter sur des ressources en personnel qui sont suffisantes pour mener le travail à bien, p. ex. pendant les périodes de pointe. Référence ISO : 15189-07, 5.1.5.	
10.5 Le laboratoire révise ses PON annuellement et plus souvent si cela est nécessaire. Référence CSA : Z902-10, 4.6.1.6.	
12.6 Le laboratoire procède à un test initial puis à des tests réguliers du SIL et il les consigne. Référence ISO : 15189-07, Annexe B.7.6-7.7; 15189-07, Annexe B.7.4. Référence CSA : Z902-10. 21.4; Z902-10, 21.2.3, 21.3.	
13.1 Le laboratoire dispose de suffisamment d'espace et de ressources pour réaliser ses activités. Référence ISO : 15189-07, 5.2.1 et 5.2.9. Référence CSA : Z902-10, 4.5.1.4, 22.1.1 et 22.1.7.	
13.3 Les aires de prélèvement du laboratoire assurent le confort et l'intimité des clients et sont adaptées aux personnes handicapées. Référence ISO : 15189-07, 5.2.3. Référence CSA : Z902-10, 22.4.2.	!
13.6 Le laboratoire place son équipement dans des endroits adéquats pour optimiser l'efficacité et minimiser les accidents et les erreurs. Référence ISO : 15189-07, 5.2.1.	
13.7 Le laboratoire contrôle et surveille tous les services publics et les conditions environnementales. Référence ISO : 15189-07, 5.2.4 et 5.2.5.	
13.8 Le laboratoire sépare les aires où se déroulent des activités incompatibles et prévient les contaminations croisées. Référence ISO : 15189-07, 5.2.6. Référence CSA : Z902-10, 22.2.3.	!
13.9 Le laboratoire permet d'isoler les activités qui exigent de recourir aux techniques stériles et de les réaliser dans des conditions d'asepsie.	!

13.10	Le laboratoire contrôle l'accès et l'utilisation des aires susceptibles d'affecter la qualité des activités. Référence ISO : 15189-07, 5.2.7. Référence CSA : Z902-10, 22.1.2.	!
13.11	Le laboratoire dispose de locaux séparés pour la conservation des dossiers, la saisie de données et autres activités d'ordre administratif.	
14.8	Le laboratoire est sécuritaire et l'accès y est limité au personnel autorisé. Référence ISO : 15189-07, 5.2.7.	!
17.2	Le laboratoire effectue régulièrement des vérifications de la température, du taux d'humidité et d'autres facteurs, au besoin, et en consigne les résultats. Référence CSA : Z902-10, 9.4.4.	
18.5	Le laboratoire prévient l'utilisation de fournitures, de réactifs et de milieux de culture inappropriés, dont la date d'utilisation est expirée, qui sont détériorés ou qui ne correspondent pas aux critères de qualité.	
19.3	Le personnel du laboratoire utilise une technique stérile, au besoin.	!
19.4	Le laboratoire utilise la quantité d'eau nécessaire, incluant l'eau extrapure, soit de 18 mégohms, au besoin.	
20.1	Le laboratoire lave chaque pièce avec un détergent non toxique et la rince à l'aide d'une eau extrapure.	

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

L'environnement de travail est bon, tout comme la collaboration entre les employés dans les différents laboratoires. L'équipe est bien organisée et enthousiaste, composée d'effectifs adéquats pour effectuer les activités. Un responsable de laboratoire est chargé de superviser les activités cliniques à l'intérieur et à l'extérieur du laboratoire.

Le laboratoire sert de centre de référence et fournit des analyses complexes à un grand nombre d'établissements externes. Beaucoup de spécialistes cliniques offrent leur expertise à des utilisateurs internes et externes. L'équipe est encouragée à préparer un plan de succession afin d'assurer le transfert de connaissances et d'expertise.

Un programme efficace de formation et d'évaluation des compétences est en place. L'équipe de gestion se réunit annuellement avec le personnel pour discuter du rendement et élaborer des plans d'action abordant les besoins en formation. Le laboratoire respecte toutes les lois et tous les règlements en vigueur, que le personnel peut aisément consulter en ligne. Un programme d'assurance de la qualité externe exhaustif fournit au personnel de la rétroaction quant à son rendement. L'équipe de gestion est encouragée à utiliser ce programme comme outil de formation continue pour tout le personnel.

Le personnel a certaines préoccupations concernant la pratique actuelle de ne pas faire couvrir les quarts de travail par un remplaçant en cas d'absence à court ou à long terme. La direction est encouragée à élaborer

une stratégie de communication assurant que le personnel est bien informé des progrès du déménagement prévu vers le nouvel établissement.

Les plaintes font rapidement l'objet d'un suivi. Les plaintes et les mesures prises sont consignées en détail, ce qui facilite la production des rapports qui sont présentés à l'équipe de direction.

Le service a élaboré des procédures opérationnelles normalisées (PON) pour la plupart des examens. Il est suggéré que des PON soient créées pour tous les examens, selon le protocole habituel de contrôle des documents, et qu'elles soient ensuite mises à la disposition de tout le personnel, en tout temps et dans tous les établissements.

Le programme de sécurité est solide et le personnel est au courant de ses exigences et de la réglementation. Des vérifications, dont les résultats sont communiqués au personnel, sont menées fréquemment. La pratique du lavage de mains dans les centres de prélèvement doit être revue et le protocole adéquat doit être renforcé.

L'environnement physique présente des problèmes, dont certains seront réglés par le déménagement au nouvel établissement. Cependant, certaines questions prioritaires devraient être abordées avant le déménagement. Dans le secteur de préparation des milieux en microbiologie de deux établissements, il n'y a aucune séparation entre les activités concernant des produits stériles et celles entourant les produits contaminés. Au laboratoire PCR/TAAN (Technique d'amplification des acides nucléiques) de l'Hôpital Royal Victoria, toutes les activités sont effectuées dans la même salle.

À l'Hôpital de Lachine, l'accès au laboratoire n'est pas restreint, ce qui pourrait compromettre la sécurité des membres du personnel qui travaillent seuls durant les quarts de soir et de nuit. En microbiologie, il n'y a pas de douche, de bassin oculaire ni de couverture antifeu. En chimie, la centrifugeuse est située directement sous la douche.

Des discussions avec les usagers ont indiqué que le degré de satisfaction quant au service de laboratoire est bon.

3.2.3 Ensemble de normes : Les normes sur la transplantation d'organes et de tissus

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus	
<p>12.1 L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée.</p> <p>12.1.1 L'organisme dispose d'une politique ou d'une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse.</p> <p>12.1.3 L'équipe établit des mesures visant le recours à la thromboprophylaxie adéquate; vérifie la mise en oeuvre de la thromboprophylaxie appropriée; et utilise cette information pour apporter des améliorations à ses services.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">PRINCIPAL</p> <p style="text-align: center;">SECONDAIRE</p>
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>2.2 Le programme de transplantation compte un nombre suffisant de membres d'équipe pour répondre aux exigences en matière de communication des données.</p>	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>4.4 L'équipe du programme de transplantation évalue régulièrement le fonctionnement de son équipe interdisciplinaire et apporte les améliorations nécessaires.</p>	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
<p>18.1 L'organisme a recours à un processus de sélection des lignes directrices fondées sur des données probantes pour les services de transplantation.</p>	
<p>18.2 L'équipe de transplantation suit certaines lignes directrices fondées sur des données probantes.</p>	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
<p>L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.</p>	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Transplantation d'organes et de tissus	
<p>Les membres de l'équipe appuient les patients durant tout le processus de greffe d'organe. Ils définissent et abordent les enjeux d'éthique avec l'équipe d'éthiciens.</p>	

L'évaluation psychosociale, l'accès à du soutien émotionnel et les conseils offerts aux patients greffés par l'équipe de travail social se limitent aux services de consultation. L'équipe a déterminé qu'il existe un besoin de soutien accru dans ce domaine.

L'équipe n'a pas recours à une politique ou à des lignes directrices écrites sur la thromboprophylaxie pour les soins offerts avant et après l'intervention chirurgicale. En entrevue, les membres de l'équipe clinique du programme de multitransplantation d'organes solides ont indiqué qu'ils n'ont pas accès à des feuilles d'ordonnances préimprimées ni à des lignes directrices officielles. Au besoin, le personnel médical inscrit des ordonnances individuelles, guidées par les décisions de pratiques prises pendant les discussions d'équipe, dans le dossier des patients.

Processus prioritaire : Direction clinique

Le programme de multitransplantation d'organes solides englobe différentes équipes cliniques, y compris celles de chirurgie, de cardiologie, de néphrologie et de gastroentérologie/hépatologie. Parmi les membres de l'équipe multidisciplinaire, on trouve des chirurgiens et des médecins, des infirmières cliniciennes spécialistes, des directeurs des soins infirmiers, des coordonnateurs en soins infirmiers, du personnel infirmier, des spécialistes en nutrition clinique et des pharmaciens.

La mission en chirurgie se charge de l'orientation et de la supervision de l'équipe. Cette équipe a été définie comme prioritaire lors de l'exercice d'hierarchisation des priorités en matière d'activités cliniques (CAPS).

Bien que l'équipe multidisciplinaire se réunisse régulièrement, des décisions importantes à propos de l'orientation du programme sont prises hors de sa zone d'influence. Cela entrave la mise en œuvre des nouvelles procédures et politiques de l'équipe, et il s'agit pour cette dernière d'une possibilité d'amélioration.

En entrevue, l'équipe a mentionné un manque de ressources dans le domaine de la déclaration obligatoire des données. Il s'agit d'un facteur qui limite le fonctionnement efficace. Bien que la déclaration des données soit conforme aux exigences, cela ajoute un fardeau considérable à une équipe clinique qui manque de soutien administratif à cet égard.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe n'effectue pas d'examen de son rendement à intervalles réguliers. Bien que l'équipe multidisciplinaire se réunisse régulièrement, des décisions importantes à propos de l'orientation du programme sont prises hors de sa sphère d'influence. Cela nuit à la mise en œuvre de nouvelles procédures et politiques pour l'équipe et constitue une possibilité d'amélioration.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de l'équipe travaillent dur pour maintenir des dossiers et des rapports justes et à jour, malgré le soutien administratif limité dont ils disposent. Les patients indiquent que l'équipe fournit des soins et du soutien psychosocial exemplaires pour répondre à leurs besoins durant le processus de transplantation.

L'équipe a la possibilité d'améliorer les soins en adoptant des lignes directrices écrites. À l'heure actuelle, le personnel médical écrit des ordonnances individuelles dans les dossiers des patients au besoin, une pratique guidée par des décisions prises durant les discussions d'équipe. Les membres de l'équipe rencontrés dans le secteur clinique du programme de multitransplantation d'organes solides ont indiqué qu'ils n'ont pas accès à des lignes directrices écrites ni à des ordonnances préimprimées pour les soins avant et après l'intervention chirurgicale et qu'ils n'en utilisent pas.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les membres de l'équipe surveillent et évaluent le rendement, tant à l'interne que dans le cadre de leurs exigences de déclaration obligatoire. Ils établissent des points de référence avec des programmes de comparaison et communiquent les résultats aux autres membres. Une évaluation officielle de l'équipe a été entreprise dans le but d'évaluer la satisfaction des patients. Ce travail est en cours pour le programme de donneurs vivants.

3.2.4 Ensemble de normes : Les normes sur le don d'organes et de tissus (donneurs décédés)

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
Les dons d'organes et de tissus font partie des priorités stratégiques de l'organisme. Les politiques concernant ces dons sont clairement définies et intégrées à tous les secteurs cliniques.	
La collaboration avec l'agence centralisée d'approvisionnement en organes (Héma-Québec) est bien établie.	
Processus prioritaire : Compétences	
C'est le directeur médical qui supervise le programme de dons. Les membres de l'équipe détiennent tous les titres de compétences nécessaires et ceux-ci sont passés en revue régulièrement. L'équipe reçoit de la formation. Les rôles et responsabilités de l'équipe interdisciplinaire sont clairement définis.	

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe obtient de la documentation, y compris de la documentation complète à propos du donneur. Les patients interrogés lors de la visite d'agrément ont indiqué que le secteur où ils sont hospitalisés est vieux et démodé, mais propre et acceptable. Ils déclarent recevoir de l'excellent soutien de la part des prestataires de soins de l'équipe.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Des dossiers justes et à jour sont tenus, des identificateurs sont utilisés et soigneusement consignés et l'information est conservée durant la période requise. Le cheminement des patients est coordonné par des membres du personnel dévoués, disponibles 24 heures sur 24.

L'équipe respecte les lignes directrices établies lors de ses discussions et met ses pratiques à jour à intervalles réguliers.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les processus de vérification sont respectés dans les cas d'intervention à risque élevé. Les événements sentinelles et les événements indésirables sont soigneusement consignés et suivis.

L'organisme fait le suivi des mesures de résultats et les compare à des programmes externes similaires.

Les évaluations de rendement du personnel n'ont pas lieu uniformément, ce qui constitue une possibilité d'amélioration. Les membres du personnel médical sont évalués annuellement, mais leur évaluation ne comprend pas de rétroaction à 360°. Il s'agit là d'une autre possibilité d'amélioration.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'équipe de dons suit de près la politique de l'organisme qui guide ce processus. Elle est appuyée par l'agence centrale d'approvisionnement. Au sein de l'organisme, les équipes cliniques reçoivent du soutien des unités de soins intensifs.

3.2.5 Ensemble de normes : Les normes sur les analyses de biologie délocalisées

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées	
1.1 L'organisme dispose d'une politique qui définit clairement les liens hiérarchiques et contractuels ainsi que les rôles et les responsabilités en ce qui concerne les ADBD.	
1.4 Le comité interdisciplinaire examine les données du contrôle de la qualité des ADBD chaque année et apporte des améliorations au besoin. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.6.	
3.1 L'organisme offre à tous ceux qui effectuent une ADBD une orientation et une formation sur les procédures opératoires normalisées (PON).	
3.2 Celui qui effectue une ADBD reçoit de la formation continue et du perfectionnement. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.15.	
3.3 L'organisme évalue chaque année le rendement de celui qui effectue une ADBD. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.4 Dans le cadre de l'évaluation de son rendement, celui qui effectue une ADBD doit régulièrement fournir des preuves de ses compétences. Référence de la CSA : Z22870:07, 5.1.5.	
3.5 L'organisme consigne dans le dossier du personnel les résultats de l'évaluation du rendement de celui qui effectue une ADBD.	
4.4 L'organisme place les PON dans des endroits où celui qui effectue une ADBD peut facilement y avoir accès.	
4.5 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD informe et s'assure que celui qui effectue une ADBD est formé avant qu'une nouvelle PON ou une PON révisée soit mise en oeuvre.	
5.1 L'organisme conserve un inventaire précis et à jour de tous les appareils d'ADBD.	!
5.6 L'organisme retire tout appareil d'ADBD inapproprié, non conforme, détérioré ou qui ne correspond pas aux critères de qualité.	!
5.9 Dans les cas où l'organisme utilise différents appareils d'ADBD pour réaliser la même procédure, le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD travaille avec le laboratoire de biologie médicale pour assurer la reproductibilité du résultat d'ADBD.	!

6.3	L'organisme suit une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ABBD.	!
6.4	L'organisme vérifie périodiquement que les réactifs utilisés pour les ADBD sont en bon état et non périmés. Référence la CSA : 22870:07, 5.3.2.	!
6.5	L'organisme retire sans tarder de l'inventaire les réactifs et le matériel d'ABBD inappropriés, périmés ou détériorés, ainsi que ceux qui ne correspondent pas aux critères de qualité et les met au rebut.	!
7.5	Immédiatement avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD vérifie que l'appareil d'ABBD est en bon état à l'aide d'un contrôle de qualité.	
8.3	Avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD étiquette correctement, en présence du client, la requête et les échantillons avec les mêmes renseignements (nom de famille et prénom, date de naissance et sexe, numéro de dossier ou numéro d'assurance maladie) pour pouvoir retracer le client et l'échantillon.	!
8.13	L'organisme suit des critères écrits d'acceptation et de rejet des échantillons servant aux ADBD.	!
9.11	L'organisme archive de façon sécuritaire toutes les requêtes d'ABBD et tous les résultats d'ABBD correspondants pendant une période conforme aux lignes directrices ou règlements provinciaux.	
10.2	Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD élabore et tient à jour un manuel d'amélioration de la qualité des ADBD.	
10.3	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD communique les politiques d'amélioration de la qualité au professionnel de la santé qui effectue une ADBD et s'assure de leur bonne compréhension et de leur mise en application.	
10.4	L'organisme assure régulièrement le suivi d'un ensemble d'indicateurs de qualité.	
10.5	Le directeur du laboratoire ou celui responsable des ADBD utilise l'information découlant des indicateurs pour orienter la prise de décisions et apporter des améliorations aux ADBD, et ce, en temps opportun.	
10.6	Celui qui effectue une ADBD recueille et consigne les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.	!
10.7	Celui qui effectue une ADBD consigne les données sur le contrôle de qualité des ADBD dans un registre quotidien.	!
10.8	Celui qui effectue une ADBD compare et met en corrélation régulièrement les résultats des contrôles de qualité avec un laboratoire de biologie médicale.	!

10.9 L'organisme doit participer à un programme de contrôle de qualité externe d'ADBD et obtenir de la conformité aux résultats obtenus.

Référence de la CSA : Z22870:07, 5.6.

10.10 Le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD examine les données du contrôle de la qualité chaque mois et apportent des améliorations au besoin.

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

Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

L'organisme a créé un comité des analyses de biologie délocalisées qui travaille conjointement avec une équipe professionnelle interdisciplinaire afin d'encadrer la prestation de ces services. Un coordonnateur des analyses de biologie délocalisées supervise toutes les activités connexes.

Le projet d'implantation des glucomètres s'applique à tout l'organisme. Il s'agit d'une initiative du CUSM visant à remplacer les glucomètres actuels. À l'exception de quelques emplacements, soit le département de radiologie à l'Hôpital général de Montréal et à l'Hôpital de Lachine, ce projet a été déployé dans tous les établissements. Ce modèle devrait servir de référence pour assurer la conformité aux normes et règlements lors de la mise en œuvre de nouvelles analyses de biologie délocalisées ou de changements au processus existant.

Plusieurs des méthodes d'analyses de biologie délocalisées employées dans l'organisme ne sont pas contrôlées par le programme de laboratoire. Les pratiques de contrôle de la qualité ne sont pas respectées pour toutes les analyses de biologie délocalisées. Les bandelettes urinaires en sont un exemple : des tests de grossesse sont utilisés en radiologie alors que l'usage de bandelettes à sept paramètres n'a pas été approuvé. L'élaboration et l'application d'un programme de formation et d'évaluation des compétences pour toutes les activités liées aux analyses de biologie délocalisées seront avantageuses pour l'organisme.

L'organisme est fortement encouragé à continuer sur la lancée du travail accompli jusqu'à présent en se réunissant avec les principales parties prenantes pour élaborer un programme d'analyses de biologie délocalisées adéquat et complet, qui répondra aux besoins des patients comme des cliniciens. Il importe de déterminer lesquelles des analyses peuvent être effectuées en laboratoire et lesquelles doivent demeurer des analyses de biologie délocalisée. Le laboratoire est encouragé à s'assurer que toutes les analyses de biologie délocalisées respectent toutes les normes et réglementations avant leur mise en œuvre intégrale. Il faudra fournir les ressources adéquates afin que ce programme soit déployé correctement.

3.2.6 Ensemble de normes : Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	
7.1 L'équipe reçoit et consigne au dossier le consentement éclairé du client avant d'entreprendre la prestation de services.	!
<p>9.14 Quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins, l'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant au début des services. Le bilan comparatif devrait être effectué périodiquement selon ce qui est approprié pour le client ou la population qui reçoit les services.</p> <p>9.14.2 Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au début des services et périodiquement selon ce qui est approprié pour les clients ou les populations qui reçoivent des services.</p> <p>9.14.3 L'équipe produit ou met à jour une liste complète des médicaments que le client prenait avant d'entreprendre les services (meilleur schéma thérapeutique possible).</p> <p>9.14.4 L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits).</p> <p>9.14.5 L'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., le médecin de famille) une copie du MSTP et de l'information claire sur les changements.</p> <p>9.14.6 Une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client.</p> <p>9.14.7 Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.</p>	 PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL SECONDAIRE PRINCIPAL SECONDAIRE
<p>16.3 L'équipe établit, de concert avec le client, la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif des médicaments doit être refait périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.</p> <p>16.3.1 L'équipe fournit les justifications documentées qui expliquent la sélection des clients ou des populations cibles exigeant un bilan comparatif des médicaments. Elle détermine aussi les points de la prestation des services qui présentent un risque et qui requièrent l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments.</p>	 PRINCIPAL

16.3.2	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand il y a risque d'erreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et pour le refaire périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.	PRINCIPAL
16.3.3	L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits).	PRINCIPAL
16.3.4	Au moment du transfert ou du congé, l'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., médecin de famille, prochain prestataire de soins) une copie de la liste de médicaments à jour et de l'information claire sur les changements apportés.	PRINCIPAL
16.3.5	Le processus est une responsabilité partagée qui inclut le client ou la famille, et un ou plusieurs prestataires de soins de santé, comme le personnel infirmier, le personnel médical et le personnel de la pharmacie, au besoin.	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Direction clinique

2.1	Les membres de l'équipe définissent ensemble des buts et des objectifs mesurables axés sur la prestation de services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer.	
2.5	L'équipe dispose de suffisamment d'espace pour recevoir les clients et fournir des services sécuritaires et efficaces.	
4.3	L'organisme dispose d'un processus pour définir et prendre en compte la charge de travail maximale attribuée à chaque membre de l'équipe.	

Processus prioritaire : Compétences

3.5	Le milieu de travail offre suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement de l'équipe.	
5.8	Les membres de l'équipe reçoivent une formation continue et efficace sur les types de pompes à perfusion.	
5.8.1	Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	PRINCIPAL
5.11	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement et les compétences de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.	

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

11.2	L'équipe utilise un système informatisé d'entrée des ordonnances à l'intention des médecins (CPOE) ou des formulaires d'ordonnance préimprimés lorsqu'elle commande des médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.	!
11.4	L'équipe n'accepte pas les ordonnances verbales ou téléphoniques d'un cycle entier de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.	!
11.9	L'équipe n'utilise ni abréviations ni tirets dans les ordonnances de médicaments pour les thérapies systémiques contre le cancer.	!

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

Processus prioritaire : Épisode de soins: Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer

L'équipe de services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer provient de l'Hôpital de Montréal pour enfants (pédiatrie), de l'Hôpital général de Montréal (adultes) et de l'Hôpital Royal Victoria. Ces établissements ont tous été visités durant le processus d'agrément. Ils ont tous une équipe interdisciplinaire intégrée, incluant des bénévoles, qui partage une vision commune axée sur l'épisode de soins le plus bénéfique pour les patients de ces groupes. Les membres des familles participent également aux plans de traitement. Les relations sont professionnelles, respectueuses et empreintes d'humanité et visent à créer un environnement paisible durant cette période difficile.

L'accès à des consultations en éthique est possible au besoin. Le personnel est aussi au courant de l'existence de cette ressource et sait comment y faire appel.

La coordination des services de chimiothérapie, d'analyses sanguines, de radiologie, de radiothérapie et ainsi de suite est appuyée par du personnel infirmier, des adjoints administratifs et des outils informatiques une fois que les établissements reçoivent les prescriptions de traitement. Parallèlement à ce processus, des professionnels paramédicaux sont aussi appelés à participer activement au plan de soins intégré afin d'atténuer les obstacles, d'offrir du soutien ou de répondre à d'autres besoins, à mesure que ceux-ci se présentent ou sont définis. Dans les programmes pour adultes, lorsqu'il y a augmentation du volume à un établissement, on utilise le couloir de services vers d'autres centres qui a été mis en place, afin de ne pas retarder les soins. Les plans de soins sont bien documentés dans chacun des établissements.

Il n'y a pas de processus intégré de consentement éclairé pour les patients adultes à l'Hôpital général de Montréal ni à l'Hôpital Royal Victoria. L'équipe est encouragée à intégrer cette étape à ses processus.

La gestion des risques est une priorité élevée tout au long de l'épisode de soin, dans tous les établissements. De nombreux processus sont en place, par exemple des séances d'apprentissage pour les patients, la double validation de la chimiothérapie, la vérification de l'identité et la prévention des infections causées par les cathéters centraux. Cependant, aucun processus officiel de bilan comparatif des médicaments n'est en place pour les patients adultes. En contexte pédiatrique, un examen médical a lieu au début des soins. Les visiteurs ont remarqué que des abréviations sont toujours employées dans tous les dossiers examinés malgré la politique à cet égard. L'équipe est encouragée à formaliser ce processus sans attendre.

La collaboration et les partenariats communautaires sont bien établis, notamment avec des CLSC dans différentes régions du territoire. Le transfert d'information, comme celui des protocoles d'échantillons

sanguins, est bien conçu. Des processus cliniques pour les soins à domicile sont en place depuis de nombreuses années, et les CLSC offrent de la formation relative aux nouveaux protocoles.

Processus prioritaire : Direction clinique

La communication de données est bien établie dans ces équipes. L'information sert au déploiement des soins et à l'accès à ces derniers. De nombreux partenariats sont en place, notamment avec le Réseau de cancérologie Rossy pour des soins de qualité.

Toutes les équipes entretiennent une bonne relation avec la haute direction et respectent la hiérarchie organisationnelle lorsque des problèmes surviennent.

Les fournitures et l'équipement sont représentatifs des besoins en matière de prestation des soins. Par contre, l'espace n'est pas suffisant pour assurer un milieu de travail sécuritaire.

En ce qui concerne les processus de dotation, il n'y a pratiquement pas de roulement de personnel. La charge de travail est mesurée en fonction de l'expérience et de la durée du traitement. Des membres de l'équipe ont mentionné qu'il faudrait un outil plus précis, en particulier pour les soins infirmiers, où une mesure des heures de travail du personnel infirmier par rapport à l'intensité des soins requis serait un atout. L'équipe est encouragée à continuer d'explorer cette voie.

La reconnaissance du personnel et les mesures incitatives sont des priorités et prennent différentes formes, dont de la formation, la participation à des conférences nationales, l'attestation des spécialisations par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et des communications par affiches.

La formation sur les pompes à perfusion se donne uniquement au moment de l'orientation. Il n'y a aucun processus pour le maintien des compétences. L'équipe est encouragée à élaborer un processus de gestion des risques qui inclurait le maintien des compétences relatives aux pompes intraveineuses.

Les équipes planifient actuellement de nouveaux processus associés à l'emplacement futur du CUSM. Elles participent entre autres à la planification de la conception, à l'harmonisation des pratiques et à la gestion de l'équipement. Les tableaux relatifs à ces projets comprennent des détails étonnamment exhaustifs, y compris les heures estimées pour la charge de travail. Les équipes ont des doutes quant à leur capacité d'intégrer et de maintenir cette charge puisque leur emploi du temps est déjà chargé.

Processus prioritaire : Compétences

L'approche interdisciplinaire est présente et bien implantée dans toutes les équipes rencontrées pendant la visite d'agrément. La communication est un élément moteur et une valeur partagée, ce qui a été confirmé lors des discussions avec les membres du personnel puisque ceux-ci ont dit être bien informés.

Les rôles et responsabilités sont définis et respectés. Le sentiment d'appartenance et d'engagement était évident lors des échanges avec les membres du personnel, les médecins, les patients et les familles.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Il existe toujours des dossiers en double pour les soins ambulatoires ou en oncologie ordinaires. On note une volonté de mettre en place des dossiers électroniques dans un avenir rapproché, de concert avec le nouvel hôpital.

La recherche et la médecine fondée sur des données probantes sont intégrées à tous les processus de soins.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

La prévention des chutes et de la thromboembolie veineuse est bien implantée. Les membres de l'équipe connaissent les processus de déclaration des événements, y compris les événements sentinelles.

Les indicateurs de qualité, comme ceux concernant les taux d'infection liée à un cathéter central, d'entérocoques résistant à la vancomycine, de staphylococcus aureus résistant à la méticilline et autres, sont consignés, communiqués à tous les échelons et alignés au dossier de l'amélioration de la qualité de l'organisme.

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Chacun des établissements dispose d'une pharmacie délocalisée située dans les cliniques externes d'oncologie. La pharmacie est un atout pour la validation des ordonnances de médicaments, la préparation et l'information fournie au personnel et aux patients.

Les ordonnances et des protocoles électroniques ont récemment été introduits et sont perçus comme un résultat positif. L'équipe est encouragée à poursuivre ce processus et à élaborer des indicateurs de qualité afin de déterminer si le changement a permis de réduire le nombre d'erreurs de médicament dans les ordonnances par rapport au processus écrit.

La gestion des déchets cytotoxiques est une source constante de préoccupations et de frustrations. Malgré de nombreuses demandes et interventions de la direction, ces déchets ne sont pas gérés adéquatement par les services environnementaux de l'Hôpital Royal Victoria. Les contenants d'élimination des déchets de l'établissement débordent constamment durant la journée de travail, jusqu'au début de la journée suivante. L'équipe des services environnementaux est encouragée à corriger la situation dans les plus brefs délais.

3.2.7 Ensemble de normes : Normes de gestion des médicaments

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
1.4 Les professionnels de la santé qui rédigent des ordonnances et les autres prestataires de services ont accès à des renseignements relatifs aux médicaments qui sont exacts et spécifiques à leur groupe de clients et aux secteurs de soins.	
3.4 L'organisme normalise et limite le nombre de concentrations de médicaments disponibles. 3.4.1 Les concentrations sont normalisées et limitées dans l'ensemble de l'organisme.	 PRINCIPAL
6.1 Les aires d'entreposage des médicaments sont gardées en ordre et propres.	
6.3 Les médicaments sont rangés dans des zones d'accès réservé au personnel autorisé.	!
6.4 Les conditions d'entreposage permettent d'assurer la stabilité des médicaments.	
6.5 L'organisme sépare ou isole les médicaments dont l'apparence et le nom sont semblables, les diverses concentrations d'un même médicament, les médicaments à risque élevé ou de niveau d'alerte élevé, ainsi que les médicaments abandonnés, périmés, endommagés et contaminés en attendant qu'ils soient éliminés.	!
7.4 Les médicaments qui doivent être administrés dans les secteurs de services aux clients sont rangés dans des emballages unidose étiquetés.	!
7.5 Les médicaments oraux à dose unique demeurent dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'à leur d'administration.	!
8.1 Le personnel de la pharmacie établit et suit une politique et un processus de surveillance des produits chimiques en vrac incluant ceux utilisés régulièrement ou considérés comme dangereux.	!
8.2 L'organisme se conforme aux règlements du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) relatifs aux produits chimiques en vrac à la pharmacie.	!
8.3 L'organisme range les agents cytotoxiques de façon sécuritaire dans un endroit isolé qui est doté d'une ventilation adéquate.	!
10.2 L'organisme a établi et mis en oeuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.	

10.2.7	L'organisme effectue une vérification de la conformité en ce qui concerne la liste et apporte des changements aux processus en fonction des problématiques cernées.	SECONDAIRE
11.4	Le système informatique de la pharmacie permet de vérifier l'amplitude de la dose et d'avertir le personnel et les prestataires de services des faibles doses et des doses élevées pour les médicaments faisant l'objet d'un niveau d'alerte élevé.	!
11.7	La pharmacie communique avec le professionnel prescripteur en cas de changement ou de préoccupation concernant l'ordonnance, et consigne la discussion au dossier du client.	!
13.2	Les politiques et procédures de dispensation des médicaments de la pharmacie respectent les lois et règlements applicables, ainsi que les normes professionnelles.	
13.3	La pharmacie délivre des médicaments dans des contenants à dose unitaire.	!
15.5	L'organisme dispose d'un processus de gestion des retours de médicaments à la pharmacie.	
19.4	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace sur les types de pompes à perfusion.	
19.4.1	Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	PRINCIPAL

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

Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Le système de distribution des médicaments du CUSM favorise une distribution sécuritaire et efficace des médicaments. Ce système comprend l'emballage des médicaments par dose unitaire, des distributeurs automatiques de médicaments assurant un accès rapide et sécuritaire aux médicaments nouvellement prescrits, et des dossiers d'administration informatisés qui appuient une dispensation précise. Bon nombre de ces systèmes ont été mis en place au cours des dernières années, signe que des investissements ont été faits pour mettre à jour la gestion des médicaments. L'organisme a aussi réalisé des progrès importants dans la mise en œuvre de pompes SMART qui valident les doses. Il est encouragé à améliorer davantage son système de gestion des médicaments en actualisant les salles stériles et en adoptant les codes à barres ainsi qu'un système informatisé d'entrée des ordonnances à l'intention des médecins (CPOE).

L'organisme est encouragé à continuer à mettre à jour et à uniformiser ses lignes directrices sur l'administration des médicaments ainsi qu'à accroître l'utilisation appropriée des abréviations.

Le comité de pharmacie et de thérapie dispose d'un processus solide, fondé sur des données probantes, pour l'examen des médicaments et la gestion des ressources. Les membres du comité s'investissent pleinement dans leur mandat d'optimisation des soins aux patients dans le contexte actuel de contraintes financières. On observe une représentation et une participation fortes des médecins.

L'organisme a mis en place un programme de gérance des antimicrobiens afin d'optimiser l'utilisation de ces agents et dirige l'implantation de ce programme dans d'autres hôpitaux du Québec. L'approche interdisciplinaire du programme a contribué à son succès.

Les pharmaciens sont des membres estimés de l'équipe interdisciplinaire. Cette équipe formée de médecins, de pharmaciens et de personnel infirmier fonctionne efficacement. Certaines équipes n'ont pas de pharmacien et cette absence se fait sentir.

On observe de nombreux systèmes novateurs de gestion de l'information, dont le système électronique de médicaments au service des urgences de l'Hôpital général de Montréal, la documentation du personnel infirmier du service d'obstétrique de l'Hôpital Royal Victoria, le système de saisie informatisée des ordonnances de l'Hôpital de Montréal pour enfants et les systèmes pilotes de bilan comparatif des médicaments. L'harmonisation de ces systèmes alors que l'organisme continue sa démarche d'adoption du dossier de santé électronique sera précieuse.

3.2.8 Ensemble de normes : Normes sur le don d'organes de donneurs vivants

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Don d'organes (donneur vivant)	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Don d'organes (donneur vivant)	
<p>L'équipe responsable des donneurs vivants respecte rigoureusement la politique de divulgation, qui inclut les principaux éléments d'information requis. Le processus de consentement éclairé est bien établi et un processus est également en place pour le retrait des donneurs.</p> <p>L'équipe peut aisément profiter de consultations en éthique. Elle assemble de la documentation complète sur le donneur vivant. L'équipe a signalé que le soutien des travailleurs sociaux est offert principalement dans le cadre de consultations et que des ressources supplémentaires sont nécessaires dans ce domaine. Elle offre à ses clients un suivi à long terme, y compris des soins médicaux continus, du counseling et du soutien psychosocial.</p>	
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'équipe du programme des donneurs vivants est principalement formée de cliniciens et est touchée par une pénurie de soutien administratif.	

Processus prioritaire : Compétences

Une équipe multidisciplinaire formée de chirurgiens, de médecins, de spécialistes cliniques et de psychologues, de travailleurs sociaux en consultation, de spécialistes en nutrition clinique et de personnel infirmier est responsable des donneurs. Cette équipe se réunit régulièrement et dispose d'un éthicien qu'elle peut consulter. De la formation et des évaluations de rendement à l'intention des stagiaires ont lieu régulièrement.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le cheminement des patients est coordonné par le personnel infirmier responsable de la coordination du donneur. Des dossiers à jour sont conservés.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le programme de donneur vivant dispose d'un processus qui définit les directives régissant sa pratique. Il y a une occasion d'élaborer des directives écrites, des protocoles et des ordonnances préimprimées afin d'uniformiser tous les aspects des soins.

L'équipe satisfait aux exigences des règlements.

3.2.9 Ensemble de normes : Prévention des infections

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
4.7 L'organisme revoit et met à jour ses politiques et procédures au moins tous les trois ans et à mesure que de nouveaux renseignements lui sont acheminés.	
5.4 Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles participent au programme de formation sur la prévention des infections au moment de leur orientation et régulièrement par la suite.	
6.5 L'organisme évalue sa conformité aux pratiques établies liées à l'hygiène des mains. 6.5.3 L'organisme utilise les résultats de la vérification pour apporter des améliorations à ses pratiques liées à l'hygiène des mains.	 SECONDAIRE
7.3 L'information donnée aux clients et aux familles est consignée dans le dossier du client.	!
7.5 Le personnel, les prestataires de services et les bénévoles encouragent les clients, les familles et les visiteurs à adopter des mesures efficaces d'hygiène des mains.	!
8.1 Le personnel et les prestataires de services entreposent, préparent et manipulent la nourriture de façon appropriée.	!
8.2 L'organisme entrepose et manipule le linge, les fournitures, les appareils et l'équipement de manière à les protéger de la contamination.	!
10.1 Les rôles et les responsabilités sont définis au sein de l'organisme en ce qui concerne le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique.	
10.2 L'organisme nettoie et désinfecte correctement les secteurs où les clients et le personnel circulent.	!
10.3 Le personnel et les prestataires de services ont accès aux politiques et procédures de nettoyage de l'organisme.	
10.6 L'organisme évalue régulièrement la qualité du nettoyage et de la désinfection de l'environnement physique, et il utilise cette information pour apporter des changements aux politiques et procédures.	
11.4 L'équipe suit des procédures précises pour manipuler, nettoyer et désinfecter l'équipement mobile des clients.	!

- 12.11 Lorsqu'il transporte de l'équipement ou des appareils contaminés, l'organisme se conforme aux règlements applicables, contrôle les conditions ambiantes, et utilise des bacs, des boîtes, des sacs et des moyens de transport appropriés.



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

Processus prioritaire : Prévention des infections

L'équipe de prévention et de contrôle des infections est active dans tout le CUSM. Le comité est efficace et sa documentation est exhaustive et généralement à jour. Il y a des processus précis pour toutes les préoccupations et activités de prévention et de contrôle des infections. L'équipe fait le suivi des indicateurs et informe le comité exécutif chaque mois. Chaque service est également informé de ses propres résultats. L'équipe recueille et mesure systématiquement les données depuis quelques années et des résultats positifs commencent à se manifester.

Il y a toujours des problèmes de partage des responsabilités en ce qui concerne le nettoyage, la désinfection de l'équipement et des espaces ainsi que le contrôle de la qualité du nettoyage. Dans certains établissements, comme l'Hôpital de Lachine ou l'Hôpital neurologique, la communication entre les services cliniques et ceux de l'entretien est fluide. Dans d'autres hôpitaux, il reste des zones grises à clarifier.

Dans tous les établissements, il y a des rappels sur le lavage des mains et des postes de solutions hydro-alcooliques. Dans certains secteurs, il n'y a pas assez de postes pour que ceux-ci soient aisément accessibles aux membres du personnel et aux prestataires de services. L'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts pour offrir un nombre suffisant de postes de nettoyage dans les secteurs cliniques, techniques et publics. Le respect du protocole de lavage des mains est un problème majeur dans tous les établissements du CUSM et les efforts de clarification et d'application systématique de ce protocole ainsi que du bon usage des gants doivent continuer.

On suggère à l'organisme de fermer la porte de toutes les salles utilitaires souillées, d'installer des portes battantes plutôt que des portes à poignée susceptible d'être contaminée et de limiter l'accès du personnel à ces salles en affichant des indications claires à cet égard.

Les sous-sols représentent un autre secteur problématique. À l'Hôpital de Montréal pour enfants, par exemple, ce secteur était sale. Il y avait des gants usagés sur le plancher et des déchets dans les coins, une situation également observée dans certains services comme la buanderie. On suggère à l'organisme de trouver des moyens d'améliorer la propreté de ses installations de façon continue jusqu'au déménagement au nouvel établissement dans deux ans.

3.2.10 Ensemble de normes : Services d'imagerie diagnostique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie	
4.3 Dans le cas de la médecine nucléaire, l'équipe désigne des salles d'attente distinctes pour séparer les clients qui ont reçu une injection avec des substances radioactives des autres clients.	!
4.4 La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des clients avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.	!
5.2 L'équipe étiquette et conserve tous les produits chimiques et toutes les solutions conformément aux règlements du SIMDUT.	!
11.5 L'équipe confirme l'identité du client, la nature et l'emplacement de l'intervention immédiatement avant que ne commence celle-ci.	!
15.4 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Imagerie

Les unités d'imagerie diagnostique varient grandement : certaines sont à la fine pointe de la technologie alors que d'autres devront bientôt être remplacées. Le personnel qui travaille dans ces dernières utilise du mieux qu'il peut l'équipement dont il dispose jusqu'à l'acquisition du nouvel équipement. L'accès aux services d'imagerie et les délais d'exécution des rapports sont généralement conformes aux limites établies. Les temps d'attente et les délais d'exécution relatifs aux services d'imagerie sont bien documentés.

La protection contre les radiations revêt une importance primordiale pour le personnel d'imagerie, et tant les patients que les employés sont bien protégés. Un entretien préventif périodique, dont on conserve des registres, est effectué sur tout l'équipement d'imagerie.

Des partenariats avec d'autres services sont en place et l'esprit général de coopération entre services profite tant aux patients hospitalisés qu'aux patients en consultation externe.

Les patients en oncologie et ceux ayant besoin d'un diagnostic immédiat bénéficient d'un accès rapide aux services d'imagerie et les observations importantes sont immédiatement transmises au médecin traitant.

Le personnel est conscient de l'importance d'utiliser deux identificateurs de patient et respecte cette politique.

Il manque d'espace au service d'imagerie diagnostique de l'Hôpital général de Montréal et de l'Hôpital de Lachine. Les salles d'attente sont petites et lorsqu'elles sont pleines, les patients doivent attendre debout dans le couloir adjacent. Cet engorgement entraîne une perte de confidentialité au comptoir d'inscription des patients puisque les conversations entre le personnel administratif et les patients sont aisément entendues.

À l'Hôpital général de Montréal, les patients en médecine nucléaire qui ont reçu une injection de radionucléide ne disposent pas d'une salle séparée où attendre de passer au scanneur. Au service d'échographie de l'Hôpital de Lachine, deux patients passent au scanneur simultanément, dans la même salle, séparés uniquement par un rideau. Leur intimité risque d'être compromise puisque les conversations entre le patient et le technologue en échographie peuvent être entendues de l'autre côté du rideau.

3.2.11 Ensemble de normes : Services d'obstétrique

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

9.5	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments de la cliente à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation de celle-ci, de la famille ou du soignant.	
9.5.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec la cliente au moment de l'admission.	PRINCIPAL
12.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	
12.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les services d'obstétrique et de périnatalité visités durant la visite d'agrément étaient situés à l'Hôpital Royal Victoria. L'équipe fournit des soins obstétriques courants en plus de traiter des cas à risque. Elle recueille et évalue régulièrement de l'information à propos de ses clients.

Le redéploiement prévu du CUSM nécessitera le déménagement de ces services au nouveau site Glen d'ici 2015. L'équipe a par ailleurs reçu de nouvelles cibles relatives aux catégories de patients, et on s'attend à ce qu'elle augmente sa population de patientes à risque élevé, aux cas complexes, par rapport à la population à faible risque servie. Par conséquent, les équipes participent à une planification avancée de reconfiguration et de transition des services. La complexité de cette transition exige un plan d'équipe aux échelons régional et local, afin de préserver l'accès aux services pour les usagers. Un dialogue est en cours avec les équipes du Centre hospitalier de St. Mary et de l'Hôpital général juif pour assurer cet accès. Des membres du personnel se sont dits inquiets, anxieux et incertains à propos des changements à venir. En général, le personnel interrogé demeure positif quant à son désir de s'engager et de comprendre les changements à mesure qu'ils évoluent.

Les buts de l'équipe s'harmonisent étroitement à l'orientation stratégique de l'organisme. L'équipe passe régulièrement ses services en revue, tout en s'assurant qu'ils demeurent eux aussi étroitement en lien avec l'orientation stratégique.

En tant qu'initiative de qualité, l'adoption par l'équipe de la nouvelle plateforme Centricity et l'établissement de l'interface OACIS dans tout l'organisme ont amélioré la documentation et le transfert d'information. L'équipe continue de se concentrer sur les initiatives relatives à la sécurité des patients, y compris des tournées de sécurité et des lignes directrices visant à prévenir les chutes.

Un processus semestriel d'évaluation du rendement a été entrepris dans tous les secteurs cliniques, mais n'est cependant pas encore bien établi.

Processus prioritaire : Compétences

Dans les chambres prénatales, de naissance et postnatales, une équipe multidisciplinaire complète donne des services d'obstétriques coordonnés. L'équipe évalue régulièrement son fonctionnement. De plus, l'équipe a complété les 3 modules du programme reliés à la gestion des risques obstétricaux de façon efficiente (MORE ob). Les indicateurs de performance démontrent un délai de séjour décroissant and les événements sentinelles sont aussi compilés.

Une équipe transitoire est en place pour gérer la planification de nouveaux locaux. Ce qui inclus des exercices de simulations pour assurer une transition adéquate des soins à donner.

Dans tout le service d'obstétrique, les évaluation au rendement pour les employés sont faites sporadiquement. L'équipe de direction est encouragée à formaliser le processus d'évaluation au rendement à intervalle régulière afin de donner une rétroaction aux employés sur leur performance. L'évaluation au rendement pour le corps médical est fait annuellement, cependant, il y a une opportunité d'étendre cette évaluation et inclure un processus de rétroaction 360.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe a adopté des processus normalisés et élaboré une approche structurée en matière de documentation. Des politiques, procédures et lignes directrices sont en place, et l'utilisation d'ordonnances préimprimées fait régulièrement partie de la prestation de soins.

Les patientes à risque sont repérées et des processus de gestion du risque et de l'utilisation croissante des ressources cliniques sont en place.

Il n'existe pas de processus officiel démontré de bilan comparatif des médicaments à l'admission pour l'ensemble de l'organisme. Un bilan est réalisé par l'équipe clinique et consigné au dossier des patientes pour ce secteur clinique. Le CUSM est encouragé à finaliser son plan et à déployer un processus officiel de bilan comparatif des médicaments à l'admission et au transfert pour l'ensemble de l'organisme.

Des chariots à médicaments aux tiroirs non verrouillés ont été observés dans le secteur clinique post-partum. Dans ce secteur, il faudrait sécuriser les unités d'entreposage des médicaments afin d'assurer que l'accès y est restreint.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe a recours à des lignes directrices et dispose d'un processus pour les mettre à jour afin qu'elles soient actuelles et reflètent les meilleures pratiques et les recherches les plus récentes. Tous les membres de l'équipe interdisciplinaire participent à ce processus.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les membres de l'équipe qui offrent des services d'obstétrique savent comment cerner, réduire et gérer les risques relatifs à la sécurité du personnel et des patientes. Les clientes confirment qu'elles reçoivent de l'information sous forme de documents écrits et de directives du personnel.

L'équipe se sert de l'information qu'elle recueille à propos de la qualité de ses services afin de cerner des possibilités d'amélioration et elle communique les résultats au personnel et aux clientes.

3.2.12 Ensemble de normes : Services de gestion des cas

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
8.9	L'équipe fournit de l'enseignement aux clients et aux familles au sujet de leurs droits et de leurs responsabilités, et elle enquête sur les allégations de violation de ces droits, et règle ces questions.	!
Processus prioritaire : Compétences		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		
Processus prioritaire : Épisode de soins		
7.6	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client au début des services de concert avec le client et la famille ou le soignant quand la gestion des médicaments fait partie des soins.	POR
7.6.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments des clients à chaque visite si des médicaments ont été changés ou abandonnés.	PRINCIPAL
7.6.3	L'équipe compare en temps opportun le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) avec les médicaments prescrits, dispensés ou administrés durant les services.	PRINCIPAL
7.6.4	L'équipe communique le MSTP et les différences devant être résolues au professionnel de la santé approprié et consigne les mesures prises dans le dossier du client.	SECONDAIRE
11.4	L'équipe établit, de concert avec le client et la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (cercle de soins, congé), quand la gestion des médicaments fait partie des soins ou quand l'évaluation du clinicien établit que ce bilan est nécessaire.	POR
11.4.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand il y a risque d'erreurs liées aux médicaments (cercle de soins, congé).	PRINCIPAL
Processus prioritaire : Aide à la décision		
7.8	L'organisme dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui veulent procéder à l'auto administration des médicaments, s'il y a lieu.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.		

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les membres de l'équipe de gestion de cas responsable des enfants atteints de maladies complexes font preuve d'un grand dévouement et entretiennent des relations harmonieuses les uns avec les autres. Ils observent les tendances et se servent de l'information pour adapter leurs services aux besoins émergents.

Les patients et leurs familles sont renseignés au sujet de leurs responsabilités, mais il n'y a pas d'information concernant spécifiquement leurs droits et le processus de plainte. L'organisme est encouragé à inclure des renseignements pertinents à propos du processus de plainte en complément à l'information fournie actuellement.

Tous les patients et membres de leurs familles ont accès à du soutien 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Il n'existe pas encore d'approche équivalente pour les patients adultes, même s'il est important de mentionner qu'il existe d'autres programmes à leur intention. À titre d'exemple, les patients en oncologie et en neurologie sont suivis par une équipe spécialisée en plus de bénéficier d'un suivi étroit par une infirmière clinicienne spécialiste. D'autres programmes, comme celui de la sclérose en plaques, comportent un volet transitionnel de deux ans pour les patients adolescents qui arrivent à l'âge de 18 ans.

Une autre équipe travaille auprès des patients en gériatrie, au service des urgences et à l'hôpital, pour appliquer une approche gériatrique aux soins de courte durée.

Ces équipes ont noué des liens solides avec des partenaires et la communauté.

Processus prioritaire : Compétences

À l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'équipe interdisciplinaire de gestion de cas travaille avec des partenaires de la communauté comme les CLSC et les CSSS pour organiser des soins et services à domicile à l'intention des enfants présentant des cas complexes, appuyer les familles et prévenir les visites aux services des urgences.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe de gestion de cas chargée des enfants nécessitant des soins complexes est la référence pour les familles et les partenaires travaillant auprès de ces enfants. En 2009, un volume important de documentation a été élaboré pour chacun des programmes, y compris des meilleures pratiques et des recherches. On pourrait y ajouter des listes de vérification pour uniformiser les processus. L'équipe est encouragée à adopter un calendrier de revue de sa documentation et à l'appliquer.

Fait intéressant, les patients et les familles reçoivent un résumé du dossier médical pouvant être remis à tout médecin consulté, ce qui est très apprécié par les familles.

Comme les enfants sont suivis en tant que patients non hospitalisés, la pharmacie de l'hôpital n'a pas de rôle à jouer. Bien que les patients reçoivent des médicaments de différents spécialistes, aucun bilan global des médicaments n'est fait. De plus, l'accès aux listes de médicaments dans le dossier numéroté du patient n'est pas facile et la recherche entraîne un temps d'attente. Aucun pharmacien ne travaille avec l'équipe interdisciplinaire.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme fournit à l'équipe l'information dont elle a besoin pour assurer des services adéquats à une clientèle précise.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les patients et leurs familles apprécient le programme. Tous les membres ont noué une relation solide empreinte de confiance.

3.2.13 Ensemble de normes : Services de laboratoires biomédicaux

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire	
4.4 Les membres du personnel qui sont responsables de procédures spécifiques ont accès aux PON appropriées. Référence ISO : 15189, 5.4.2, 5.5.3.	
4.7 Si des analyses sont réalisées hors-laboratoire, la personne appropriée a recours aux mêmes processus et procédures.	!
6.3 Pendant la surveillance des analyses hors laboratoire, le laboratoire effectue un contrôle de la qualité pour chaque analyse.	!
7.12 Le laboratoire fournit les rapports aux personnes appropriées dans les délais convenus. Référence ISO : 15189, 5.8.2, 5.8.11.	

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

Processus prioritaire : Services de diagnostic - Laboratoire

Le personnel de laboratoire du CUSM a déployé des efforts considérables pour harmoniser et consolider les pratiques entre les différents établissements. Il doit surmonter de nombreux défis avec le déménagement vers le nouvel établissement et la rénovation des deux établissements restants. La culture d'amélioration continue de la qualité est en pleine expansion et s'adapte aux besoins changeants de l'organisme.

Un guide décrivant les procédures de collecte des échantillons peut être consulté en ligne, mais les membres du personnel ne sont pas tous conscients de son existence. Au service des urgences de l'Hôpital Royal Victoria, la présence d'un phlébotomiste désigné a permis d'accroître la qualité des échantillons obtenus et, par conséquent, d'améliorer les soins et la satisfaction des patients. Les endroits où ont lieu les prélèvements n'offrent pas suffisamment d'intimité et ne sont pas aménagés pour accommoder les besoins des personnes ayant une incapacité. Le laboratoire est encouragé à superviser les procédures de collecte sanguine dans les autres secteurs de l'hôpital.

Depuis que des critères d'acceptation et de rejet ont été mis en place, le respect de requêtes précises et le degré de confidentialité offert aux patients se sont améliorés. La possibilité de saisir les ordonnances dans tous les secteurs de soins aux patients réduirait considérablement le réétiquetage des échantillons lorsque l'ordonnance est créée au laboratoire.

Le laboratoire a élaboré des indicateurs de qualité pour de nombreuses procédures. Le laboratoire de pathologie aurait avantage à établir des cibles de délai d'exécution et à partager cette information avec le personnel.

Un comité d'utilisation des laboratoires passe en revue la mise en œuvre des nouveaux tests et des modèles d'ordonnance. Des pressions et des priorités externes ont eu préséance sur les activités déjà prévues.

3.2.14 Ensemble de normes : Services de médecine

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de médecine.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.7 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer régulièrement son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.4 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion. 4.4.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
4.8 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
7.5 L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.	 PRINCIPAL
7.5.1 Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment de l'admission.	PRINCIPAL
7.5.2 L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour le client à l'admission.	PRINCIPAL
7.5.3 Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).	PRINCIPAL
7.5.4 L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	PRINCIPAL
7.5.5 Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	SECONDAIRE

11.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	
11.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	PRINCIPAL
11.3.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	PRINCIPAL
11.3.3	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	PRINCIPAL
11.3.4	Dépendant du point de transition, une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client (transfert à l'interne), OU, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé) qui est communiqué au client, au médecin ou au prestataire de services dans la communauté, et à la pharmacie communautaire, s'il y a lieu (au congé).	PRINCIPAL
11.3.5	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client ou la famille, et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins et le personnel des pharmacies, selon le cas.	SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les services de médecine englobent un vaste éventail de services et tous les secteurs visités travaillent activement à harmoniser la portée de ces services à la mission médicale de l'organisme. Deux unités de médecine du CUSM ont été visitées dans le cadre de la visite d'agrément. Tous les services de médecine sont encouragés à poursuivre leur cheminement pour mettre en œuvre le projet de transformation des soins au

chevet. Cela est bien établi à l'Institut neurologique de Montréal, où tant les patients que le personnel participent au changement. Les équipes sont incitées à se fixer des buts et objectifs mesurables et spécifiques.

Les équipes de médecine s'investissent dans les services qu'elles fournissent aux patients de la région. Les données sur la santé de la population ont été passées en revue et les efforts pour renvoyer les patients nécessitant des soins de courte durée dans la communauté au moment approprié se poursuivent. Les unités de transition mises en place au CUSM donnent des options aux patients une fois les soins de courte durée terminés. Les équipes réagissent aux besoins changeants des patients et des tournées régulières ont lieu afin de bien planifier les congés. Toutes les unités de médecine sont dotées de tableaux blancs qui assurent une communication prompte des plans de congé à tous les membres de l'équipe interdisciplinaire. Les congés sont parfois retardés parce que les patients attendent des tests diagnostiques ou la mise en place d'un cathéter central inséré par voie périphérique (CCIP).

L'espace est restreint à l'Hôpital général de Montréal, ce qui cause l'encombrement des couloirs et des chambres. Cela peut présenter des risques relativement à la prévention et au contrôle des infections et à la sécurité en général. Les équipes sont encouragées à continuer à étudier l'espace dont elles disposent et à optimiser les espaces de rangement.

Les dossiers d'entretien préventif sont conservés par le service biomédical, ce qui assure un suivi uniforme pour tout l'équipement.

Processus prioritaire : Compétences

Les services de médecins visités dans le cadre de la visite d'agrément au CUSM disposent d'équipes interdisciplinaires adéquates. Le personnel infirmier y est expérimenté, et le processus d'orientation comprend une orientation générale sur l'hôpital, une longue période dans l'unité en compagnie d'une infirmière d'expérience et une formation continue pour tous les membres du personnel au moyen de différents mécanismes.

L'orientation générale en soins infirmiers couvre un vaste éventail de sujets, dont certains mettent l'accent sur la sécurité des patients. Des objectifs d'orientation et des listes de vérification des aptitudes servent à l'orientation propre aux unités de médecine. L'orientation en soins infirmiers est approfondie, propre à l'unité, et comprend du temps de pratique et de révision. Tous les autres membres du personnel indiquent que l'orientation de l'hôpital était adéquate pour leur faire comprendre leurs rôles et responsabilités dans la prestation de soins sécuritaires. Les équipes sont encouragées à continuer d'évaluer leur fonctionnement à mesure qu'elles adopteront de nouveaux modèles de soins à l'avenir.

On n'effectue pas régulièrement d'évaluations de rendement, ce qui fournirait pourtant de la rétroaction constante à tous les membres de l'équipe. Tous les membres du personnel ont indiqué que leurs superviseurs leur offrent de la rétroaction non officielle sur leur rendement.

Bien qu'une formation sur les pompes à perfusion ait lieu durant l'orientation, une formation continue efficace à cet effet doit être mise en place.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les équipes des services de médecine connaissent bien leur domaine et ont à cœur l'excellence en matière de soins centrés sur le patient. Les membres du personnel sont fiers des soins qu'ils offrent et travaillent bien au sein d'une équipe interdisciplinaire diversifiée. Les ordonnances et plans standard d'intervention bien

établis dans certaines unités devraient être déployés à chaque occasion possible pour ce groupe complexe de patients. Les plans standard d'intervention ont fourni à l'Institut neurologique de Montréal des données découlant d'indicateurs et du matériel d'enseignement pour les patients qui permettent d'offrir d'excellents soins en présence de troubles neurologiques précis. Toutes les unités disposent d'une vaste gamme de matériel d'enseignement à l'intention des patients. Le centre de ressources en neurologie pour les patients et les familles fournit également d'excellents renseignements à tous les patients atteints d'un trouble neurologique.

La mise en œuvre de la transformation des soins au chevet favorise des tournées interdisciplinaires quotidiennes dans toutes les unités. Les tableaux blancs dans les chambres des patients assurent une participation active des patients et des familles aux soins. Les besoins des patients, l'état clinique et les obstacles au congé sont continuellement évalués. Un document électronique détaillé est rempli si les services d'un CLSC sont requis.

Des évaluations par le personnel infirmier sont réalisées en temps opportun dans les 24 heures suivant l'admission aux unités, pendant chaque quart de travail et au besoin. Ces évaluations sont complètes et couvrent tous les aspects de la sécurité du patient. Des évaluations médicales sont réalisées quotidiennement, alors que des évaluations paramédicales sont effectuées au besoin. L'évaluation préalable au congé est réalisée par l'équipe multidisciplinaire chargée des soins.

Un conseiller en éthique est disponible au CUSM. Les équipes des services de médecine font appel à des consultations en éthique. L'équipe interdisciplinaire a pu donner de nombreux exemples de soutien apporté à l'examen de cas précis dans ses unités.

Le bilan comparatif des médicaments est formalisé dans certains services de médecine. Les équipes sont encouragées à poursuivre la mise en œuvre du bilan dans toutes les unités de médecine. La présence d'un pharmacien dans l'unité de médecine à l'Hôpital général de Montréal assure que le bilan est réalisé uniformément pour tous les patients durant le séjour à l'hôpital et au moment du congé.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme prend part à un vaste exercice de transition vers les dossiers de santé électroniques. Certaines évaluations se font en format électronique alors que cette transition continue de progresser.

Il existe des preuves documentées de l'utilisation de plans standard d'intervention fondés sur la recherche et sur des données probantes afin d'améliorer les soins aux patients atteints de maladies chroniques. L'équipe est encouragée à continuer d'élaborer des plans standard d'intervention et des ordonnances pour les problèmes de santé, selon ce qui est approprié pour les services médicaux. Certains plans standard d'intervention sont en cours de révision et l'équipe est encouragée à les mettre à jour en fonction des meilleures pratiques.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les équipes de soins médicaux ont élaboré des plans standard d'intervention en fonction de la population servie. Elles ont ainsi l'occasion de comparer leurs meilleures pratiques dans les secteurs de services de médecine.

L'équipe interdisciplinaire apporte des changements aux plans de soins lors des tournées de congé quotidiennes et met à jour les tableaux blancs durant cette discussion. L'équipe obtient ainsi de l'information à jour sur tous les patients de l'unité. Tous les membres de l'équipe participent activement aux

tournées, surtout en ce qui concerne les patients atteints de maladies chroniques. Toutes les unités de médecine sont encouragées à aller de l'avant avec le projet de transformation des soins au chevet. Elles auront ainsi l'occasion de publier des indicateurs de qualité significatifs pour les membres du personnel, ce qui est bien enraciné à l'Institut de Montréal.

Différentes méthodes sont employées pour évaluer la satisfaction des patients dans les unités de médecine. Toutes les équipes ont pu fournir des exemples de changements apportés à la suite de sondages menés auprès des patients. Elles sont encouragées à faire connaître leurs outils relatifs à la satisfaction afin qu'un outil officiel puisse être mis au point à l'avenir. Les patients ont exprimé une grande satisfaction relativement aux tableaux blancs dans les chambres qui leur permettent de participer activement au processus de soins.

La stratégie de prévention et de gestion des chutes est bien implantée dans les milieux de pratique. Le risque de chute est évalué à l'admission, puis réévalué au besoin. Dans toutes les unités, des éléments démontrent que les patients à risque élevé sont identifiés et que des interventions sont en place. Deux identificateurs de patient sont utilisés avant l'administration d'un médicament ou d'un traitement.

Les patients ayant certains problèmes médicaux peuvent consulter de la documentation écrite. L'équipe est encouragée à continuer d'élaborer des dépliants d'information exhaustifs à l'intention des patients et d'évaluer leur efficacité au fil du temps.

3.2.15 Ensemble de normes : Services de santé mentale

Critère non respecté		Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique		
2.2	Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services de santé mentale sont mesurables et précis.	
Processus prioritaire : Compétences		
4.10	Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
Processus prioritaire : Épisode de soins		
7.6	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.	
7.6.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment de l'admission.	PRINCIPAL
7.6.4	L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	PRINCIPAL
8.4	L'équipe obtient le consentement éclairé du client avant d'entreprendre les services.	
11.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	
11.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	PRINCIPAL
11.3.4	Dépendant du point de transition, une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client (transfert à l'interne), OU, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé) qui est communiqué au client, au médecin ou au prestataire de services dans la communauté, et à la pharmacie communautaire, s'il y a lieu (au congé).	PRINCIPAL
Processus prioritaire : Aide à la décision		

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

14.5 L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.

Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**Processus prioritaire : Direction clinique**

Le service de santé mentale se compose d'une équipe interprofessionnelle hautement fonctionnelle, collaborative et respectueuse. Les membres des différentes professions sont bien conscients du champ de pratique de chaque profession, ce qui prévient les chevauchements de tâches et facilite une approche exhaustive quant aux soins. Plus d'un professionnel rencontré lors de la visite d'agrément a déclaré qu'il s'agissait de la meilleure équipe dont il ait fait partie, vu l'esprit de consultation et le respect accordé non seulement aux membres de l'équipe, mais tout particulièrement aux patients servis. L'équipe ne profite d'aucun soutien en pharmacie clinique. Comme les patients traités prennent souvent plusieurs médicaments puissants qui peuvent entraîner des effets secondaires et des complications métaboliques considérables, l'ajout d'un pharmacien clinique à l'équipe serait extrêmement avantageux.

Il y a régulièrement entre deux et 18 patients au service des urgences qui attendent d'être admis à l'unité de santé mentale. Une attente de trois jours ou même plus avant l'admission n'est pas inhabituelle. Pendant qu'ils attendent au service des urgences, les patients reçoivent des médicaments pour traiter leur maladie et sont supervisés par le personnel infirmier. Cependant, aucun plan de prise en charge complet n'est établi tant que le patient n'a pas été admis à l'unité.

Lorsque les unités de santé mentale du Royal Victoria et de l'Hôpital général de Montréal ont fusionné à l'Hôpital général, la nouvelle unité a été rénovée. Des espaces considérablement améliorés pour les patients, ainsi qu'à vocation clinique ou administrative, ont été aménagés. Une partie du plan incluait l'établissement d'une unité de court séjour, comme on en trouve couramment dans les unités de soins en santé mentale d'autres hôpitaux, ce qui a toutefois dû être reporté en raison de contraintes budgétaires. Une unité de court séjour à quatre lits contribuerait à réduire globalement la durée des séjours au service des urgences, mais par-dessus tout, cela permettrait aux patients de profiter plus rapidement de soins psychiatriques ciblés.

Processus prioritaire : Compétences

En juin 2012, les services aux patients hospitalisés de l'Hôpital Royal Victoria et de l'Hôpital général de Montréal ont fusionné en un seul établissement. Le processus a représenté tout un changement de culture pour ceux qui offraient anciennement des soins à l'établissement Allen. En plus des rénovations à l'unité de santé mentale, l'équipement a été mis à jour et des fournitures supplémentaires ont été rendues accessibles.

Bien qu'il n'y ait pas de formateur dans l'unité, une infirmière clinicienne spécialisée et d'autres leaders en soins infirmiers offrent une formation complète à tout le personnel concerné. La formation porte sur les pompes à perfusion, le chariot de code bleu, les attestations de code blanc, la prévention de la violence en milieu de travail, les politiques et procédures visant à réduire le plus possible le recours aux mesures de contention, l'évaluation et la prévention auprès des patients suicidaires et les degrés d'observation.

Quarante pour cent du personnel infirmier du programme de santé mentale est âgé de plus de 60 ans. Il est donc essentiel de mettre en place un plan proactif et intentionnel pour faciliter la planification de la relève. À tout moment, avec quelques mois d'avis seulement, l'organisme pourrait perdre des employés possédant une sagesse et une expertise considérables.

Processus prioritaire : Épisode de soins

L'équipe a récemment participé à la transformation des soins au chevet, une approche de gestion LEAN en matière de soins aux patients. Elle a élaboré une approche rationalisée, centrée sur le patient, pour l'évaluation des nouveaux patients de l'unité. Par le passé, différents professionnels (travailleurs sociaux, ergothérapeutes, personnel infirmier ou médecins) rencontraient individuellement le patient et posaient souvent les mêmes questions, s'intéressant à différents aspects de l'information obtenue. Cela pouvait prendre jusqu'à cinq heures. Désormais, au moins trois membres de l'équipe professionnelle participent ensemble au processus d'admission, ce qui évite au patient, parfois anxieux ou en situation de détresse, de répondre à des questions répétitives puisqu'il donne le plus d'information possible dans le cadre d'une seule entrevue. L'équipe peut ensuite élaborer un plan de soins rapidement et efficacement.

Il n'y a que deux points d'entrée aux services de santé mentale : le service des urgences et un processus d'admission centralisé. Une infirmière en santé mentale évalue les patients qui croient avoir besoin des services et détermine la complexité des besoins ainsi que le niveau de service requis. Certains patients pourraient être dirigés vers des programmes externes ou, si leur cas est grave, être envoyés aux urgences pour une évaluation urgente de leur santé mentale. Tous les patients qui ont besoin de soins en recevront, mais selon le mandat du ministère, on doit déployer des efforts pour renvoyer autant que possible les patients dans leur communauté, où ils peuvent être pris en charge par un CLSC et des prestataires de soins primaires. Dans de nombreux cas, les patients sont suivis par l'équipe depuis des années, voire des décennies, et sont naturellement réticents à consulter une nouvelle équipe dans leur communauté.

La capacité d'accès à des lits dans d'autres réseaux de santé lorsque la situation est critique semble limitée. Selon l'équipe, il y a une pénurie de lits dans tout Montréal. Par conséquent, il est pratiquement impossible de rediriger vers d'autres organismes les patients qui ont besoin d'être hospitalisés lorsque les temps d'attente sont très longs.

Depuis la fusion des deux unités à l'Hôpital général de Montréal, l'accès aux services médicaux et diagnostiques, au besoin, est plus rapide. L'unité a été rénovée, et bien qu'elle semble toujours encombrée, on dit que c'est une amélioration considérable par rapport à l'espace utilisé auparavant.

L'équipe a rédigé de nombreux dépliants d'information qui aident les patients et les familles à comprendre que l'unité est verrouillée et les raisons pour cela. Ils expliquent aux patients que les privilèges sont liés à leur état de santé mentale et reflétés par trois niveaux de soins définis.

Processus prioritaire : Aide à la décision

En préparation aux dossiers de santé électroniques et depuis juin 2013, tous les documents sont numérisés et versés dans OACIS. Par conséquent, il existe des dossiers hybrides. Pour toute information antérieure à juin, il faut consulter le dossier papier. Bien que cette situation soit frustrante pour le moment, elle se résoudra d'elle-même avec le temps. Le grand avantage est que les prestataires d'autres départements ou emplacements de l'organisme, en plus des unités d'hospitalisation ou de consultation externe en santé mentale, peuvent les consulter pour obtenir de l'information au sujet des aspects importants des soins aux patients.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Bien qu'il n'y ait pas d'objectifs officiels spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels (SMART) consignés par écrit, l'équipe s'entend sur la nécessité d'implanter une unité de court séjour afin d'améliorer les soins et le cheminement des patients depuis le service des urgences. L'équipe des patients externes est en train de déménager les bureaux des travailleurs sociaux d'un secteur isolé du bâtiment pour les intégrer à l'équipe. Ce changement facilitera la prestation du soutien nécessaire lorsque certains patients se fâchent ou deviennent agités, soutien qui fait actuellement défaut puisque les travailleurs sociaux sont à l'écart, au 6^e étage. Ce changement proactif qui vise à fournir au personnel l'environnement le plus sécuritaire possible mérite d'être souligné.

L'équipe n'a pas eu accès à des données de référence lui permettant de comparer efficacement l'efficacité de ses services. Ses membres s'attendent à ce que cette information soit mise à leur disposition puisqu'ils continuent à travailler avec des conseillers en amélioration de la qualité pour mettre au point un tableau de bord. L'équipe utilise le peu d'information qu'elle détient ou connaît pour apporter des améliorations, par exemple mieux satisfaire les patients en simplifiant le processus d'admission. Comme les sondages de satisfaction des patients semblent ne pas être menés uniformément dans tout l'organisme, les équipes n'ont peut-être pas recours à des outils valides et fiables.

3.2.16 Ensemble de normes : Services de soins de longue durée

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

4.5 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation efficace au sujet des pompes à perfusion.

4.5.1 Des documents prouvent qu'une formation efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.



PRINCIPAL

Processus prioritaire : Épisode de soins

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

Processus prioritaire : Aide à la décision

14.1 L'équipe tient un dossier précis et à jour sur chaque résident.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

8.8 L'équipe utilise au moins deux identificateurs de résident avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.

8.8.1 L'équipe utilise au moins deux identificateurs de résident avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.



PRINCIPAL

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

Processus prioritaire : Direction clinique

L'Hôpital de Lachine et l'équipe de soins de longue durée détiennent de l'information sur les résidents et la communauté de Lachine. L'organisme s'investit énormément dans les activités de la communauté qui l'entoure et les appuie, comme en témoignent les célébrations du centenaire de l'Hôpital de Lachine.

Plusieurs membres de l'équipe ont déclaré remarquer un changement quant à la perte d'autonomie des patients âgés admis à l'hôpital. Ce changement, combiné à la nécessité exprimée de disposer d'un nouvel équipement adéquat, comme des lève-personne électriques fixés au plafond, a des répercussions sur les équipes de soins qui doivent s'occuper de résidents aux besoins plus exigeants.

Alors que le CUSM se prépare à réaffecter ses unités de soins de longue durée, une attention particulière doit être prêtée à la planification et à la prise de décision en collaboration avec les équipes, de même qu'à la consultation avec les résidents.

Il y a une liste d'attente pour l'admission aux unités de soins de longue durée, attente qui peut parfois durer jusqu'à 150 jours. Les temps d'attente sont surveillés étroitement à l'échelle régionale. Le recours à des lits de transition, bien qu'efficace pour maintenir le flux d'admissions, entraîne de multiples déménagements pour la clientèle âgée.

La diminution importante du recours aux agences de dotation externes a permis de stabiliser les équipes de soins, ce qui a été remarqué par les résidents. L'équipe de direction est encouragée à continuer de bâtir une équipe interdisciplinaire stable composée de médecins, de personnel infirmier et de professionnels paramédicaux.

Les résidents rencontrés lors de la visite d'agrément ont exprimé une grande satisfaction quant à l'aide et au soutien qu'ils reçoivent et considèrent les membres du personnel comme leur famille. L'équipe et l'organisme méritent des félicitations pour avoir réussi à créer un environnement sain, à la fois paisible et stimulant, offrant un cadre de vie semblable à celui de la maison.

Processus prioritaire : Compétences

L'équipe des soins de longue durée mérite des félicitations pour les nombreuses initiatives de formation dont son personnel peut profiter. La plupart des employés interrogés pouvaient nommer un ensemble d'activités auxquelles ils avaient récemment participé. Des affiches de sensibilisation à la prévention des chutes, à la gestion de la violence en milieu de travail et à l'éthique sont installées bien en évidence. La participation des membres du personnel aux séances de formation est surveillée et des rapports à cet effet peuvent être obtenus.

L'équipe de soins de longue durée se réunit régulièrement pour discuter d'enjeux relatifs aux soins et aux services. La politique de déclaration des incidents et accidents est respectée. Une attention particulière devra être portée à la diffusion de la documentation en temps opportun. Des rapports passés en revue par le gestionnaire peuvent être consultés. Des mesures correctives sont prises et de la formation est offerte. La présence de facilitateurs en éducation contribue à l'établissement d'une culture de déclaration exempte de blâme et de formation continue en milieu de travail.

Des travaux sont en cours afin de fournir aux membres de l'équipe de soins de longue durée des occasions systématiques d'examiner les rapports et d'en discuter ainsi que de recevoir de la rétroaction sur la fréquence et la nature des incidents. La direction est encouragée à veiller à ce que la formation et le perfectionnement professionnel du personnel soient intégrés aux évaluations de rendement.

Le remplacement prévu des pompes à perfusion de l'unité de soins de longue durée pourrait représenter une occasion d'instaurer une formation continue systématique pour le personnel.

Processus prioritaire : Épisode de soins

La planification des soins commence avant l'admission, alors que les familles reçoivent une trousse d'information complète et ont la possibilité de visiter les installations. Toute l'information est passée en revue au moment de l'admission. Plusieurs d'outils d'évaluation normalisés sont utilisés conformément aux meilleures pratiques et aident l'équipe des soins de longue durée à mener des évaluations exhaustives. Des réévaluations officielles ont lieu à intervalle régulier et les plans de soins infirmiers sont actualisés en fonction de l'état du résident. L'équipe est encouragée à continuer à consigner systématiquement ses objectifs et mesures au fil des changements qui se produisent.

Des politiques et procédures sont en place et mises en œuvre. La documentation papier consultée sur place est, dans plusieurs cas, désuète et non conforme aux versions électroniques qui se trouvent sur l'intranet du CUSM. La direction est fortement encouragée à harmoniser la documentation concernant les politiques et procédures et à s'assurer que le contenu est diffusé à tout le personnel, y compris celui des agences externes.

De nombreuses réussites ont été observées relativement aux services alimentaires, en particulier les changements au processus de réchauffement de la nourriture, ce qui améliore l'expérience des résidents à l'heure des repas. Des activités récréatives sont offertes à tous les résidents. L'organisme est sensibilisé à la nécessité d'adapter les activités récréatives aux différents besoins des résidents et travaille constamment en ce sens.

La direction est invitée à faire connaître la disponibilité des ressources en matière d'éthique à la disposition de tous les établissements du CUSM et qui peuvent aider l'équipe de soins de longue durée de l'Hôpital de Lachine à composer avec les questions d'éthique qui découlent de la nécessité de fournir des soins de plus en plus complexes.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Plusieurs lignes directrices fondées sur des données probantes quant aux soins de longue durée sont à la disposition de l'équipe, qui les passe en revue. Des facilitateurs en éducation aident les équipes à les appliquer.

La sécurité et la confidentialité des dossiers des résidents sont préservées par des moyens physiques. Le dossier du résident, en version papier, est ordonné, mais la documentation nécessaire pour consigner le consentement éclairé du résident et le suivi quotidien des mesures de contrainte n'est pas toujours conforme aux normes.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le personnel de tous les groupes professionnels est conscient des risques pour les résidents errants. Les résidents à risque d'errance sont clairement identifiés dans l'établissement et des mesures de sécurité comme des alarmes aux abords des escaliers et des ascenseurs sont en place. Le programme de prévention des chutes est également appliqué. Des séances de formation sont données au personnel.

Des observations faites durant la visite d'agrément indiquent que le personnel ne s'assure pas systématiquement hors de tout doute, en ayant recours à la double identification, que les bons médicaments sont administrés aux bons résidents.

3.2.17 Ensemble de normes : Services de soins intensifs

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de soins intensifs.	
2.8 L'équipe collabore avec ses dirigeants et d'autres équipes dans l'organisme pour planifier la capacité à faire face aux imprévus dans les unités dédiées aux soins intensifs, particulièrement pendant les périodes où il est possible de prévoir un volume élevé de clients (saison de la grippe) ou en cas de pandémie ou d'autres urgences de grande envergure.	
10.4 L'équipe a accès à un environnement qui favorise le confort et le bien-être du client.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.10 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.3 L'équipe informe les nouveaux membres au sujet de l'utilisation sécuritaire de l'équipement, des appareils et des fournitures qui servent à la prestation des services de soins intensifs.	!
4.4 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion. 4.4.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
4.5 L'équipe évalue et satisfait les besoins de chaque membre en matière de formation et de perfectionnement.	
4.6 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
5.2 Les chefs d'équipe évaluent régulièrement l'efficacité du personnel et utilise les résultats de l'évaluation pour apporter des améliorations.	
5.7 L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	

3.2	Si l'équipe offre des services externes par le biais d'une équipe d'intervention rapide ou une équipe médicale d'urgence, elle doit définir le rôle de cette équipe et le faire connaître aux autres équipes de l'organisme.	
6.3	Lorsqu'elle offre des services externes, comme dans le cas d'une équipe d'intervention rapide ou d'une équipe médicale d'urgence, l'équipe communique aux autres équipes de l'organisme les critères normalisés qu'elle utilise pour déterminer si les services de soins intensifs seront fournis.	
7.3	Au cours de l'évaluation, l'équipe détermine si le client dispose de directives préalables et consigne cette information dans le dossier du client.	
9.12	Dans la mesure du possible, l'équipe permet aux membres de la famille du client d'être présents dans la chambre quand elle effectue des interventions d'urgence.	
12.7	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
Processus prioritaire : Aide à la décision		
14.1	L'équipe connaît ses besoins en matière de nouvelles technologies et de systèmes d'information.	
15.1	L'organisme dispose d'un processus pour sélectionner les lignes directrices fondées sur des données probantes qui se rapportent à des services des soins intensifs.	!
Processus prioritaire : Impact sur les résultats		
2.3	L'équipe détermine les ressources nécessaires pour atteindre ses buts et objectifs.	
5.3	L'équipe dispose d'un processus qui permet de déceler et de réduire les risques chez ses membres lors de la prestation des services de soins intensifs.	!
15.4	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
16.4	L'équipe instaure la trousse de la campagne Des soins de santé plus sûrs, dès maintenant! axée sur les pneumonies sous ventilation assistée pour tous les clients sous ventilation.	!
17.3	L'équipe compare ses résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	
17.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Le cheminement des patients entre l'Hôpital neurologique de Montréal et le centre de réadaptation est suspendu pendant la fin de semaine parce que le centre n'accepte aucun transfert durant cette période. Le personnel peut apprendre le vendredi qu'un patient sera transféré le lundi. Cela entraîne un engorgement de patients occupant des lits en chirurgie et entrave la capacité à transférer des patients hors de l'unité de soins intensifs pendant la fin de semaine.

L'adoption des dossiers médicaux électroniques progresse lentement à l'Hôpital neurologique. Les analyses de laboratoire consignées dans son système d'information sont transcrites par le personnel infirmier sur une feuille de soins quotidienne. Cela nuit à la productivité du personnel infirmier et introduit un risque d'erreur humaine lors de la transcription. En fait, l'adoption des technologies de l'information est faible dans tous les secteurs chirurgicaux. Plusieurs services ont remarqué que l'absence d'une base de données cliniques nuit à la collecte de statistiques sur les soins aux patients qui permettraient de mesurer et d'analyser les résultats, pour ensuite cerner des occasions d'améliorer les soins aux patients.

Il est recommandé au CUSM d'élaborer un plan de pandémie solide. Sans un tel plan, l'organisme sera vulnérable si une éclosion de maladie infectieuse majeure se produit.

L'ensemble de mesures de prévention de la pneumonie acquise sous ventilation devrait être mis en œuvre le plus tôt possible à l'Hôpital Royal Victoria.

Les membres du personnel étaient généralement satisfaits de la disponibilité et de l'état de l'équipement et de la technologie qui servent à fournir des soins aux patients. L'équipement était réparé rapidement.

Il semble qu'en 2006, le ministère de la Santé du Québec ait créé des lignes directrices à l'intention des hôpitaux quant à l'élaboration et au respect d'un plan de pandémie, mais que le CUSM ne se soit pas doté d'un plan exhaustif.

Unité de soins intensifs néonataux (USIN) de l'Hôpital de Montréal pour enfants et de l'Hôpital Royal Victoria :

L'équipe fournit des soins intensifs néonataux dans deux établissements. Le redéploiement prévu du CUSM comprend le déménagement de ces services de l'Hôpital de Montréal pour enfants et de l'Hôpital Royal Victoria vers le nouveau site Glen d'ici 2015. Par conséquent, une planification avancée est en cours pour reconfigurer les services et les transférer en 2015. L'équipe a intégré sa pratique médicale dans les deux établissements, où des équipes médicales couvrent tout le continuum de soins. L'intégration des services infirmiers a commencé, facilitée par la mise en place de postes d'infirmières conseillères en pratique clinique aux deux établissements. L'équipe a des buts et objectifs documentés et réalise des progrès quant à la planification détaillée et avancée de la transition. L'Hôpital Royal Victoria a stabilisé sa dotation depuis la dernière visite d'agrément. La rétention des nouveaux employés est réussie, le taux s'établissant à 75 %.

Processus prioritaire : Compétences

La famille interrogée durant la visite d'agrément n'avait que de bons mots pour l'équipe, y compris les médecins, les infirmières et tout particulièrement le travailleur social.

Les unités de soins intensifs ont toutes déclaré bénéficier d'un bon soutien de la pharmacie, contrairement à d'autres unités qui disaient n'avoir qu'un soutien minimal.

La nécessité de réaliser des économies pour renflouer le budget a été mentionnée à de nombreuses reprises. Seule l'unité des soins intensifs pédiatriques de l'Hôpital pour enfants de Montréal ne semble pas concernée. Les autres unités de soins intensifs ont toutes soulevé la préoccupation que les compressions budgétaires augmentent la charge de travail du personnel infirmier, qu'il s'agisse de réduire le ratio personnel/patients, d'éliminer un poste d'infirmière en pratique clinique avancée ou de perdre un préposé aux bénéficiaires ou une secrétaire. Dans les services déjà occupés, des inquiétudes ont été soulevées quant à l'augmentation de la charge de travail du personnel infirmier.

Unités de soins intensifs néonataux de l'Hôpital de Montréal pour enfants et de l'Hôpital Royal Victoria :

L'équipe des soins intensifs néonataux est une équipe interdisciplinaire arrivée à maturité qui participe tant à la planification qu'à l'amélioration de la qualité et aux soins aux patients. Elle passe régulièrement son fonctionnement en revue et établit des priorités quant aux mesures à prendre et aux améliorations à apporter.

Le rendement des membres de l'équipe n'est pas évalué régulièrement. La direction de l'équipe est encouragée à formaliser son processus afin d'assurer que les membres reçoivent de la rétroaction régulière quant à leur rendement. Pour tout le personnel médical, des évaluations de rendement ont lieu une fois l'an, bien qu'il y ait une possibilité d'accroître leur portée en intégrant un processus de rétroaction à 360° à l'évaluation.

Processus prioritaire : Épisode de soins

À l'Hôpital neurologique de Montréal, l'équipe accepte tous les patients recommandés et sert une population de plus de trois millions de personnes. L'équipe n'a aucune difficulté à obtenir les renseignements essentiels concernant les patients lorsque ceux-ci sont transférés d'autres hôpitaux et envoie les renseignements appropriés lorsqu'ils sont rapatriés. À cet hôpital, les clients ne sont jamais autorisés à être présents lors des procédures d'urgence.

Comme les fiches des médicaments sont signées quotidiennement dans l'unité des soins intensifs de l'Hôpital neurologique, les médecins passent en revue tous les médicaments chaque jour et fournissent la documentation pertinente lors des transferts hors de l'unité.

Le chariot d'urgence de l'unité de soins post-anesthésie (USPA) de l'Hôpital général de Montréal est vérifié une fois par semaine. L'hôpital devrait consulter d'autres USPA afin de s'assurer que cette pratique est appropriée et qu'il ne devrait pas plutôt être vérifié quotidiennement. Une vérification hebdomadaire pourrait être conforme aux normes de soins, sans toutefois respecter les normes de pratique.

Hôpital de Montréal pour enfants et Hôpital Royal Victoria, unité de soins intensifs néonataux (USIN) :

L'équipe offre du soutien bien établi aux soins néonataux, y compris à l'équipe d'intervention rapide en cas de code rose de l'organisme. À l'externe, elle fournit des effectifs à l'équipe de transport néonatal qui sert la région.

Les parents indiquent qu'ils sont bien appuyés durant la période d'admission de leur enfant à l'USIN.

Bien que les directives préalables ne soient pas habituellement officialisées dans le contexte clinique de l'USIN, les parents sont consultés durant le processus de prise de décision et la discussion est consignée au dossier du patient.

L'équipe n'a pas de processus officiel d'établissement du bilan comparatif des médicaments, bien qu'elle ait élaboré une présentation sur mesure qui est régulièrement intégrée au dossier. On suggère que l'organisme finalise son plan d'adoption uniforme du bilan comparatif des médicaments dans tous les secteurs cliniques.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'adoption des technologies de l'information à l'Hôpital neurologique de Montréal se fait beaucoup plus lentement que ce que le visiteur a observé dans la plupart des autres hôpitaux. Bien que l'Hôpital neurologique fasse beaucoup de recherche fondamentale et de recherche translationnelle, on y fait peu de recherche clinique. Toute la recherche clinique est indépendante et approuvée par le conseil d'éthique de la recherche de l'hôpital.

À l'Hôpital de Montréal pour enfants et à l'Hôpital Royal Victoria, l'unité des soins intensifs néonataux fait appel à des protocoles fondés sur des données probantes à jour qui reflètent la recherche actuelle et les meilleures pratiques en prestation de soins d'urgence. L'équipe participe activement à des recherches conformes aux normes et protocoles de recherche et d'éthique.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Dans les quatre unités de soins intensifs, les membres du personnel utilisent systématiquement deux identificateurs de patient avant de fournir des services. Les patients ont confirmé que cette pratique était couramment adoptée par le personnel.

Les équipes chargées des soins intensifs néonataux aux hôpitaux de Montréal pour enfants et Royal Victoria connaissent les moyens de cerner, de réduire et de gérer les risques pour la sécurité des patients et du personnel. Les usagers ont confirmé qu'ils reçoivent de l'information au moyen de documents écrits et des consignes du personnel.

L'équipe utilise l'information qu'elle recueille à propos de la qualité de ses services pour cerner des possibilités d'amélioration et elle communique les résultats aux membres du personnel et aux patients. Des sondages auprès des patients servent à obtenir de la rétroaction sur la prestation des services, et les résultats sont intégrés aux initiatives d'amélioration de la qualité.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

L'Hôpital neurologique de Montréal, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Royal Victoria ont des protocoles de dons d'organes bien établis. Les succès en matière de prélèvement d'organes sont consignés et communiqués au personnel. Ils sont conscients de leurs taux d'occasions ratées et ont une très bonne relation de travail avec les coordonnateurs de transplantations d'organes.

Hôpital de Montréal pour enfants et Hôpital Royal Victoria, unité de soins intensifs néonataux (USIN) :

L'équipe travaille de près avec l'unité des soins intensifs et avec les centres de prélèvement d'organes afin d'établir le transfert efficace d'organes depuis l'USIN, ce qui se produit rarement dans ce secteur clinique. Les membres de l'équipe savent comment obtenir l'accès à la politique écrite de détermination neurologique du décès de l'USI et consultent l'équipe de l'USI à propos de ce processus. Les membres du personnel reçoivent régulièrement de la formation sur la marche à suivre pour entreprendre et exécuter le processus.

3.2.18 Ensemble de normes : Services de traitement du cancer et d'oncologie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>Il existe une culture de soins et d'empathie aux services d'oncologie, ce qui se reflète dans les initiatives stratégiques de l'équipe. Des buts et objectifs clairs en matière de soins oncologiques ont été établis et sont respectés. L'oncologie a noué des relations fortes avec d'autres services, ce qui se traduit par des avantages considérables tant dans les soins aux patients hospitalisés qu'aux patients externes.</p> <p>L'équipe a accès aux fournitures et à l'équipement dont elle a besoin pour fournir les soins et traitements.</p> <p>L'enseignement constitue un aspect important de la culture des services d'oncologie. Les médecins résidents rencontrés durant la visite d'agrément ont dit apprécier la formation qu'ils reçoivent.</p>	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>Une des forces majeures du service d'oncologie est l'utilisation réussie d'une équipe multidisciplinaire. Les services de soutien en oncologie, y compris l'imagerie diagnostique, le laboratoire, les services d'entretien, la pharmacie et les services bénévoles, fournissent un accès rapide aux soins.</p> <p>L'espace alloué aux membres du personnel et aux patients est adéquat et contribue au succès des soins aux patients.</p>	

Les nouveaux employés et bénévoles en oncologie sont reconnaissants qu'un temps considérable soit alloué à leur orientation. Les membres de l'équipe sont reconnus pour leurs contributions et tout employé ayant besoin de soutien émotionnel ou clinique bénéficie d'un fort esprit d'entraide.

L'ajout de personnel serait avantageux dans certains établissements. Plus particulièrement, un examen externe du service mené il y a deux ans recommandait l'embauche de deux autres infirmières pour appuyer les services d'oncologie à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Une vérification interne effectuée à la même époque recommandait d'affecter un nutritionniste aux soins ambulatoires du service d'oncologie et d'embaucher un neuropsychologue qui serait affecté à l'ensemble des services d'oncologie. Elle recommandait également d'ajouter des heures à l'horaire du responsable de la sécurité. Le manque de financement a empêché la mise en œuvre de ces recommandations.

Processus prioritaire : Épisode de soins

e bilan comparatif des médicaments est une priorité dans les unités d'oncologie, et l'aide fournie par les pharmaciens est reconnue et appréciée par le personnel infirmier et médical.

Des soins hautement centrés sur les usagers et la famille sont offerts aux patients en oncologie et à leurs familles. La massothérapie, les cours de yoga et de méditation et les groupes de soutien ne sont que quelques exemples d'activités destinées aux patients et à leur famille à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Les patients et leur famille sont tenus au courant des progrès du traitement et les membres de la famille reçoivent du soutien émotionnel au besoin. Les membres du personnel sont conscients de l'importance d'offrir de l'enseignement aux familles.

L'équipe profite d'un accès rapide aux services de soutien, comme l'imagerie diagnostique et le laboratoire, quand elle en fait la demande.

Les patients et les membres des familles rencontrés ont exprimé de l'appréciation pour les soins fournis, en particulier pour le délai de réponse rapide du personnel infirmier lorsqu'il est appelé.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'équipe suit des lignes directrices fondées sur des données probantes pour fournir des soins d'oncologie. Les lignes directrices en matière de traitement sont à jour. Les activités de recherche sont une partie importante du service et des protocoles d'éthique sont respectés.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

On reconnaît les besoins en sécurité des patients en oncologie, déjà affaiblis, et un programme solide de prévention des chutes est en place. L'importance de la prévention des infections fait partie des préoccupations prioritaires, ce qui se reflète tant dans les politiques de l'organisme que dans la culture du personnel. Les risques de toutes sortes pour les patients sont minimisés dans la mesure du possible.

Les membres du personnel sont conscients des politiques et procédures et de l'importance de les respecter.

Les membres du personnel s'échangent de l'information en continu, et l'information recueillie relativement au traitement des patients et à leurs résultats, entre autres, est bien documentée.

3.2.19 Ensemble de normes : Services des urgences

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
----------------------	----------------------------

Processus prioritaire : Direction clinique

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

Processus prioritaire : Compétences

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

Processus prioritaire : Épisode de soins

8.3	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments pour les clients qui ont été admis, et ce, de concert avec le client, la famille ou le soignant.	
8.3.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments des clients qui ont été admis.	PRINCIPAL
8.3.2	L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour les clients qui ont été admis.	PRINCIPAL
11.5	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d., au moment d'un transfert à l'interne ou du congé).	
11.5.1	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client aux points de transition lorsque les ordonnances de médicaments sont changées ou réécrites (c.-à-d. au moment du transfert à l'interne ou du congé).	PRINCIPAL
11.5.2	Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances actives de médicaments pour produire les ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé (proactif), OU, l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP, des ordonnances actives de médicaments et des ordonnances de médicaments au transfert ou au congé (rétroactif).	PRINCIPAL

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les services des urgences pour adultes de l'Hôpital Royal Victoria et pour enfants de l'Hôpital de Montréal pour enfants ont été évalués au cours de la visite d'agrément. Le projet de redéploiement du CUSM prévoit le déménagement de ces services au nouveau site Glen d'ici 2015. Par conséquent, les équipes prennent part à une planification avancée pour reconfigurer les services et les transférer en 2015.

Service des urgences de l'Hôpital Royal Victoria :

L'équipe surveille la satisfaction des patients pour donner suite à l'étude entreprise en 2010 par Laizner, Stace et Rozintseva. Elle recueille de l'information à propos des usagers et examine les données dans le cadre de l'évaluation des résultats de qualité.

L'équipe travaille de près avec les responsables de la prévention et du contrôle des infections afin de gérer les risques, sachant que la congestion entraîne un risque accru d'infection. Il y a néanmoins une congestion considérable dans la salle des urgences. Le public et les patients se côtoient dans les couloirs, où les patients occupent quatorze lits de couloir établis. La pratique de placer des lits dans le couloir donne potentiellement au public l'accès aux renseignements personnels des patients, ce qui augmente le risque de violation de la confidentialité. L'espace est restreint et encombré d'équipement et de fournitures. Le déménagement au nouvel hôpital en 2015 devrait régler ce problème.

L'équipe est encouragée à collaborer avec celle du laboratoire afin de veiller à ce que des analyses de biologie délocalisées appropriées au secteur clinique soient établies avec une supervision adéquate par le laboratoire.

Service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants :

Le service des urgences est situé dans un espace bien organisé. La direction de l'équipe a changé au cours de la dernière année, après une période de vacance. La nouvelle direction a entrepris d'actualiser la vision et la mission de l'équipe et de déterminer des buts et objectifs qui guideront ses activités cette année. Une « équipe de rêve » a été constituée, formée de membres de différentes disciplines chargés de cerner des stratégies d'amélioration de la prestation des services au nouvel emplacement.

L'équipe a reconfiguré son modèle de prestation de services médicaux récemment, au début de 2013. La surveillance continue des mesures de rendement révèle une diminution du nombre de personnes qui partent avant d'avoir été examinées.

Afin de veiller à ce que les membres de l'équipe possèdent les compétences requises, le personnel a pu bénéficier de possibilités de formation.

Processus prioritaire : Compétences

Service des urgences de l'Hôpital Royal Victoria :

Le personnel infirmier interrogé a indiqué qu'il se sentait appuyé et qu'il pouvait profiter de possibilités de formation continue. L'organisme offre des programmes de mentorat, un programme de perfectionnement du personnel (Genesis) et un programme de leadership du personnel.

Les soins pédiatriques servent toute la région, les soins d'urgence étant offerts principalement à l'Hôpital de Montréal pour enfants et à l'Hôpital Sainte-Justine. Néanmoins, l'équipe de l'Hôpital Royal Victoria a mis en place un équipement pédiatrique approprié dans un secteur dédié à la réanimation. Les patients qui se présentent à cet établissement sont stabilisés et transférés à un hôpital pédiatrique.

Le rendement du personnel infirmier n'est pas évalué régulièrement. La direction de l'équipe devrait s'assurer que ce personnel reçoit régulièrement de la rétroaction sur son rendement. Pour tout le personnel médical, des évaluations de rendement ont lieu une fois l'an, bien qu'il y ait une possibilité d'accroître leur portée en intégrant un processus de rétroaction à 360° à l'évaluation. Il n'existe pas de preuves documentées de la présence de formation continue efficace sur les pompes à perfusion.

Service des urgences de l'Hôpital de Montréal pour enfants :

L'équipe est solide, bien organisée et s'est dotée de buts et d'objectifs annuels, de mesures systématiques d'évaluation du rendement et d'un plan de transition continu en vue du déménagement en 2015. L'équipe reçoit de la formation propre à la prestation de services pédiatriques d'urgence. La formation sur les pompes à perfusion est bien documentée. Les membres de l'équipe bénéficient également de formation spécialisée dans des domaines comme la violence en milieu de travail.

Maintenant qu'une équipe de direction complète a été rétablie, celle-ci devrait envisager de s'assurer que tout le personnel infirmier reçoive une rétroaction régulière sur son rendement. Pour tout le personnel médical, des évaluations de rendement ont lieu une fois l'an, bien qu'il y ait une possibilité d'accroître leur portée en intégrant un processus de rétroaction à 360° à l'évaluation.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Le service des urgences pour adultes de l'Hôpital Royal Victoria et le service des urgences pédiatriques de l'Hôpital de Montréal pour enfants ont été évalués lors de la visite d'agrément par rapport aux épisodes de soins. Les équipes des deux établissements recueillent des mesures de rendement, en font le suivi et effectuent des comparaisons. Les deux équipes ont mis en place des plans de transition bien établis afin de gérer le déménagement attendu vers un nouvel établissement en 2015. Elles effectuent également des revues complètes de leurs processus de prestation de services.

Hôpital Royal Victoria :

L'équipe a adopté son propre processus sur mesure pour l'établissement du bilan comparatif des médicaments, qui est intégré au système OACIS et ajouté au dossier du patient lorsqu'il obtient son congé.

Hôpital de Montréal pour enfants :

L'équipe évalue régulièrement son propre rendement et apporte des améliorations en matière de qualité. À la suite des changements récents apportés au modèle médical de soins, l'équipe a noté une amélioration relativement au nombre de patients qui partent avant d'être vus.

L'organisme a une occasion de finaliser ses plans afin d'adopter le bilan comparatif des médicaments de façon uniforme dans tous les secteurs cliniques.

Hôpital Royal Victoria :

L'équipe a une occasion d'actualiser sa formation sur les politiques organisationnelles, comme la politique de divulgation. L'accès aux services d'échographie après les heures normales de travail a été cerné comme étant un motif de retard des congés. L'équipe est encouragée à continuer de travailler avec l'équipe d'imagerie diagnostique pour trouver des solutions visant à corriger cette entrave potentielle au cheminement des patients.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Le service des urgences pour adultes de l'Hôpital Royal Victoria et le service des urgences pédiatriques de l'Hôpital de Montréal pour enfants ont été évalués au cours de la visite.

Les deux équipes font appel à des protocoles fondés sur des données probantes à jour qui reflètent la recherche actuelle et les meilleures pratiques en prestation de soins d'urgence.

Les deux équipes participent activement à des recherches conformes aux normes et protocoles de recherche et d'éthique.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Le service des urgences pour adultes de l'Hôpital Royal Victoria et celui des urgences pédiatriques de l'Hôpital de Montréal pour enfants ont été évalués au cours de la visite d'agrément. Les deux équipes examinent activement les risques pour la sécurité auxquels sont exposés les membres qui fournissent des services aux urgences. Les employés reçoivent de la formation sur la gestion des patients qui ont des comportements violents et représentent une menace physique, et sur la violence en milieu de travail.

La déclaration des événements sentinelles et indésirables se fait de façon systématique et un suivi est également effectué. Les membres du personnel reçoivent de la rétroaction quant aux améliorations de la qualité qui ressortent de l'étude de ces événements.

L'équipe a une occasion de mettre à jour la formation de ses membres sur les politiques organisationnelles telles que la politique de divulgation.

Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus

Les services des urgences pour adultes de l'Hôpital Royal Victoria et des urgences pédiatriques de l'Hôpital de Montréal pour enfants ont été évalués au cours de la visite d'agrément. Les équipes travaillent de près avec l'unité des soins intensifs et avec le centre de prélèvement d'organes afin d'établir efficacement le transfert d'organes depuis le service des urgences, ce qui se produit rarement dans ce secteur clinique.

Les membres de l'équipe savent comment obtenir l'accès à la politique écrite de détermination neurologique du décès de l'USI et consultent l'équipe de l'USI à propos de ce processus. Les membres du personnel reçoivent régulièrement de la formation sur la marche à suivre pour entreprendre et exécuter le processus.

3.2.20 Ensemble de normes : Services palliatifs et services de fin de vie

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>La présence d'un leadership solide dans les secteurs de soins palliatifs est évidente. Les directeurs médicaux et des soins infirmiers adhèrent à une culture de soins qu'ils communiquent au reste du personnel. Le personnel d'entretien est inclus dans cette culture et estime contribuer aux soins aux patients en maintenant l'environnement propre afin de réduire les risques d'infection.</p> <p>Des partenariats solides avec d'autres services sont en place. L'équipe s'est donné des plans et objectifs mesurables et cherche à les atteindre.</p> <p>L'organisme fournit aux membres du personnel les outils dont ils ont besoin pour offrir les soins.</p>	
Processus prioritaire : Compétences	
<p>Une équipe interdisciplinaire solide est en place. Le personnel travaille avec des prestataires de services dans tout l'organisme afin d'offrir des soins palliatifs aux patients, qui profitent d'un accès rapide aux services. Tous les membres professionnels de l'équipe connaissent bien les soins palliatifs et détiennent des titres de compétences dans leur domaine.</p> <p>L'orientation des nouveaux employés est une priorité, ce que le personnel apprécie. La formation continue est constante.</p>	

Les bénévoles sont considérés comme des membres importants de l'équipe et sont conscients de la valeur de leur rôle.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Les patients de l'unité de soins palliatifs bénéficient d'excellents soins, et leurs familles ne sont pas en reste : elles sont considérées comme un élément important du continuum de soins et reçoivent beaucoup d'attention. Elles profitent d'un accès quasi illimité au patient et sont incluses dans les conversations entre le personnel et le patient, si celui-ci le désire.

Les patients sont fort reconnaissants que le personnel infirmier intervienne rapidement lorsque sa présence est demandée.

Le bien-être psychosocial du patient est jugé extrêmement important et des psychiatres et psychologues sont là pour apporter leur aide au besoin. Ces spécialistes épaulent aussi les membres du personnel qui ont besoin de soutien pendant ou après une période émotionnellement éprouvante dans l'unité.

Les pharmaciens rattachés au service d'oncologie font partie intégrante de l'équipe et aident, entre autres, à effectuer un bilan comparatif des médicaments, lequel est bien réalisé. L'accès aux médicaments et à du soutien en pharmacie en dehors des heures normales de travail est possible.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les membres de l'équipe disposent des technologies de l'information pertinentes pour les soins du patient et indiquent qu'ils reçoivent une orientation adéquate quant aux nouveaux systèmes.

Des lignes directrices fondées sur des données probantes sont respectées.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les soins aux patients et les résultats sont la priorité du personnel des unités de soins palliatifs. De l'aide est offerte par les collègues des oncologues et des hématologues en anesthésiologie lorsque surviennent des cas où la douleur est difficile à gérer. Une approche d'équipe pour la prestation des soins est en place, ce qui a un impact extrêmement positif sur les soins. Les membres des familles sont informés de ce à quoi ils peuvent s'attendre relativement aux soins, au traitement et à la fin de vie.

Lorsque des événements indésirables se produisent, ils sont documentés et divulgués non seulement à l'interne, mais également aux patients et à leur famille. Les incidents font l'objet d'un suivi et sont traités comme des occasions d'apprentissage.

3.2.21 Ensemble de normes : Soins ambulatoires

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
2.1 Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2 Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services de soins ambulatoires sont mesurables et précis.	
Processus prioritaire : Compétences	
3.7 L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.5 Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion. 4.5.1 Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
Processus prioritaire : Épisode de soins	
8.3 L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client de concert avec le client, la famille ou le soignant au début des services quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif devrait être effectué périodiquement selon ce qui est approprié pour le client ou la population qui reçoit les services. 8.3.1 L'équipe fournit les justifications documentées qui expliquent de clients ou de populations cibles pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments sera établi. 8.3.2 Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au début des services et périodiquement selon ce qui est approprié pour les clients ou les populations qui reçoivent des services. 8.3.3 L'équipe produit ou met à jour une liste complète des médicaments que le client prenait avant le début des services (meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)). 8.3.4 L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits). 8.3.5 L'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., le médecin de famille) une copie du MSTP et de l'information claire sur les changements. 8.3.6 Une liste de médicaments mise à jour est conservée dans le dossier du client.	 PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL SECONDAIRE PRINCIPAL

8.3.7	Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soins de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	SECONDAIRE
12.2	L'équipe établit, de concert avec le client, la famille ou le soignant, le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand le client est à risque d'erreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et quand la pharmacothérapie est une composante importante des soins. Le bilan comparatif des médicaments doit être refait périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.	
12.2.1	L'équipe fournit les justifications documentées qui expliquent la sélection des clients ou des populations cibles exigeant un bilan comparatif des médicaments. Elle détermine aussi les points de la prestation des services qui présentent un risque et qui requièrent l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments.	PRINCIPAL
12.2.2	Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins quand il y a risque d'erreurs liées aux médicaments (transfert, congé) et pour le refaire périodiquement, au besoin, pour le client ou la population recevant les services.	PRINCIPAL
12.2.3	L'équipe consigne tout changement dans la liste de médicaments (c.-à-d. les médicaments qui ont été changés, abandonnés ou prescrits).	PRINCIPAL
12.2.4	Au moment du transfert ou du congé, l'équipe fournit aux clients et à leurs prestataires de soins (p. ex., médecin de famille, prochain prestataire de soins) une copie de la liste de médicaments à jour et de l'information claire sur les changements apportés.	PRINCIPAL
12.2.5	Le processus est une responsabilité partagée qui inclut le client ou la famille, et un ou plusieurs prestataires de soins de santé, comme le personnel infirmier, le personnel médical et le personnel de la pharmacie, au besoin.	SECONDAIRE

Processus prioritaire : Aide à la décision

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

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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

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

Processus prioritaire : Direction clinique

Les soins ambulatoires couvrent un vaste éventail de services dans plusieurs établissements. La visite d'agrément a porté sur les secteurs des soins ambulatoires à l'Hôpital neurologique de Montréal, à l'Hôpital de Montréal pour enfants et à l'Hôpital général de Montréal. Tous les secteurs visités travaillent diligemment

à harmoniser la portée des services avec les orientations stratégiques de l'organisme et les missions du CUSM. Les missions cliniques définies par secteur de services guident les équipes au moment de concrétiser le changement. Les équipes sont encouragées à établir des buts et objectifs propres à chaque service, afin que ces derniers soient mesurables et spécifiques.

Tous les établissements hospitaliers possèdent des systèmes de triage qui permettent d'assurer que les cas les plus urgents sont vus promptement. Des améliorations considérables ont eu lieu à cet égard afin de faire des soins aux patients une priorité élevée. Les services ambulatoires se réunissent toutes les deux semaines avec des infirmières cliniciennes de différentes spécialités pour discuter d'enjeux communs et de questions de qualité relatives aux services de tous les établissements. Les équipes de tous les hôpitaux veillent à ce que les patients qui viennent de recevoir un diagnostic soient vus rapidement afin d'éviter autant que possible les admissions.

Le service biomédical conserve des dossiers d'entretien préventif. Cela fait en sorte que des dossiers adéquats pour tous les secteurs de soins ambulatoires sont maintenus dans un emplacement centralisé, ce qui assure à son tour la préservation de l'uniformité.

Des équipes intégrées solides se concentrent à offrir des soins de grande qualité et font la promotion de guichets uniques pour tous les patients. À l'Institut thoracique de Montréal, le processus de triage clinique pour la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique prévient les visites au service des urgences et les hospitalisations, grâce à l'utilisation d'un hôpital de jour unique. Afin de promouvoir la pratique fondée sur des données probantes auprès de l'équipe et d'appuyer les patients atteints de maladies chroniques, de nombreux secteurs de soins ambulatoires ont recours aux services d'infirmières cliniciennes et d'infirmières spécialisées.

Processus prioritaire : Compétences

Des équipes interdisciplinaires adéquates sont en place dans les milieux de soins ambulatoires du CUSM. Le personnel infirmier qui y travaille est expérimenté et son expertise offre un excellent soutien aux patients présentant des cas complexes qui y sont traités. Une orientation fondée sur les compétences a été élaborée pour le personnel infirmier des secteurs de soins ambulatoires, ce qui assure l'uniformité de la formation. Du mentorat est offert à tous les nouveaux employés, surtout dans les contextes cliniques complexes comme celui du diabète. De la formation continue relative aux problèmes de santé complexes est offerte aux membres du personnel. Le personnel infirmier spécialisé (en diabète ou autre) obtient une attestation au besoin. Les équipes sont encouragées à continuer d'évaluer leur fonctionnement à mesure qu'elles adopteront de nouveaux modèles de soins à l'avenir.

On n'effectue pas régulièrement d'examen du rendement, ce qui fournirait pourtant de la rétroaction constante à tous les membres de l'équipe. Tous les employés ont indiqué que leurs superviseurs leur offrent de la rétroaction non officielle sur leur rendement.

En plus de la formation sur les pompes à perfusion qui a lieu durant l'orientation, une formation continue efficace à cet effet doit être mise en place.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Un système de triage est en place dans tous les secteurs de soins ambulatoires du CUSM. La priorité est accordée au déroutement ailleurs qu'aux urgences et à l'évitement des admissions dans tous les secteurs de spécialité. Des programmes de soins ambulatoires uniques, comme le programme de diabète à l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'hôpital de jour de l'Institut thoracique de Montréal, donnent aux patients des

options autres que l'hospitalisation pour la prise en charge de leur maladie chronique. L'équipe s'efforce d'offrir un traitement le jour même aux clients qui ont besoin de soins. Les équipes ont élaboré des plans complets de soins aux patients ainsi que des plans d'action qui encouragent les patients à prendre en charge eux-mêmes leur maladie chronique.

Les équipes collaborent toujours avec les agences communautaires et les praticiens pour mettre à jour l'information concernant la disponibilité du service. Du travail pour que les patients reçoivent les bons soins dans le bon environnement a été accompli.

Le bilan comparatif des médicaments est formalisé dans des environnements de soins ambulatoires choisis. Les équipes sont encouragées à poursuivre la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments dans toutes les unités de médecine. Les équipes des soins ambulatoires sont encouragées à déterminer les populations cibles appropriées pour recevoir des médicaments, en mettant l'accent sur les patients pour lesquels la pharmacothérapie est un volet important des soins.

Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme prend part à un vaste exercice de numérisation des dossiers des patients en préparation à l'implantation des dossiers de santé électroniques. Bien qu'il y ait certaines inquiétudes à cet égard, les équipes reconnaissent que cela aura pour résultats des dossiers de santé plus exhaustifs. De nombreux secteurs de soins ambulatoires se sont convertis au nouveau processus et en constatent les avantages pour les patients dans le continuum de soins. Il a été remarqué que dans certains secteurs de soins ambulatoires, des dossiers en double existent toujours. L'organisme est fortement encouragé à poursuivre ses efforts d'implantation de dossiers complets pour tous les patients. La sécurité de ces derniers pourrait être à risque si les prestataires de soins ne disposent pas tous de renseignements à jour.

Certains services, par exemple la gastroentérologie, sont en train d'adopter des lignes directrices provinciales pour le dépistage colorectal, ce qui fournira à l'équipe les points de référence et les renseignements relatifs aux meilleures pratiques dont elle a besoin. Les autres services de soins ambulatoires disposent de nombreux plans standard d'intervention et d'ordonnances des médecins pour les affections courantes comme le diabète. L'utilisation de plans standard d'intervention fondés sur la recherche et des données probantes pour améliorer les soins aux patients atteints de maladies chroniques est documentée. L'équipe est encouragée à continuer d'élaborer des plans standard d'intervention et des ordonnances pour les maladies, selon ce qui convient à un environnement de soins ambulatoires.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les équipes de soins ambulatoires disposent de différents plans standard d'intervention selon la population servie. L'équipe interdisciplinaire apporte des modifications aux plans de soins et évalue les risques de sécurité pour les patients à chaque visite à la clinique. Tous les membres de l'équipe participent activement aux tournées, surtout en ce qui concerne les patients atteints de maladies chroniques. Le plan d'action pour les maladies chroniques comme la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'asthme donne aux patients et aux familles les outils nécessaires pour composer avec les défis qui découlent de la maladie.

Différentes méthodes servent à surveiller la satisfaction des patients dans l'environnement de soins ambulatoires. Toutes les équipes sont en mesure de fournir des exemples de changements apportés à la suite des sondages auprès des patients. Elles sont encouragées à faire connaître leurs outils relatifs à la satisfaction afin qu'un outil officiel puisse être mis au point à l'avenir.

La sécurité des patients est une priorité, et les risques comme les chutes et autres questions de sécurité font partie du processus d'évaluation pour ce groupe de patients. Toutes les équipes de soins ambulatoires sont encouragées à participer au déploiement du projet de transition des soins au chevet au CUSM, ce qui définira avec davantage de précision les priorités en matière de sécurité pour chaque équipe à l'avenir.

3.2.22 Ensemble de normes : Télésanté

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Direction clinique	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Compétences	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Épisode de soins	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Aide à la décision	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Direction clinique	
<p>Cette équipe a pour vision la simplification des services de télésanté, ce qui s'inscrit dans l'esprit du Centre virtuel de santé et de services sociaux (CvSSS). Cela est très précieux pour le Réseau universitaire intégré de santé McGill, dont l'approche est axée directement sur le professionnel des soins de santé, le patient et les membres de sa famille. Ces trois éléments sont directement liés à la qualité des soins, à l'accessibilité en temps opportun et à l'élimination des obstacles aux services de santé.</p> <p>Couvrant un vaste territoire qui englobe 62 % de la province de Québec, cette équipe de plus de 20 membres est résolument tournée vers l'avenir pour accroître et partager son expertise dans de nombreuses autres spécialités. Depuis la dernière visite d'agrément, le service a connu une croissance constante, comme l'indique le rapport annuel.</p> <p>Les processus de direction et de gestion constituent les fondations sur lesquelles reposent de nombreux piliers : gouvernance avec vision, mandat, affaires juridiques et rapport financier; gestion et soutien des activités actuelles quant aux politiques et procédures, listes de contrôle, outils et processus de formation; gestion de projet quant aux critères de sélection, analyses de coûts et évaluations de produits; gestion de la qualité et du risque relativement aux indicateurs, au rendement et à la satisfaction d'après les sondages; et enfin, la promotion et la communication pour la foire aux questions, les dépliants, etc.</p> <p>L'équipe de visiteurs a eu la chance de participer à une séance virtuelle en compagnie de partenaires de l'Hôpital Royal Victoria de Montréal, du Centre de santé Tulatavik d'Ungava, du Centre hospitalier</p>	

Innuulitsivik de la Baie d'Hudson et du Centre hospitalier de Val-d'Or. Les discussions ont permis de conclure que même s'il y avait au départ des inquiétudes quant à la capacité d'offrir des soins de santé de qualité en mode virtuel, grâce au soutien du CvSSS, ces inquiétudes ne semblent pas s'être concrétisées.

Processus prioritaire : Compétences

Cette équipe est constituée de personnel dévoué en soutien, en informatique, en assurance et gestion de la qualité ainsi qu'en soins infirmiers et en leadership. Les rôles sont établis et la collaboration entre les membres de l'équipe est évidente. Un accès à de la formation continue est offert.

Les nouveaux partenaires sont encadrés et reçoivent une formation complète et détaillée afin d'apprendre à utiliser la technologie adéquatement.

Des politiques et procédures précises sont élaborées quant au champ de pratique, à l'orientation et aux attentes. Des mises au point sur l'utilisation de la technologie, par exemple en ce qui concerne le temps de réponse, se font en continu et sont souvent fructueuses.

De l'équipement et de l'espace sont dédiés à la télésanté dans chacun des établissements. Des processus de prévention et de contrôle des infections sont en place et documentés, ce qui a été confirmé lors de discussions avec les partenaires externes.

Processus prioritaire : Épisode de soins

Aucune question d'éthique n'a encore été soulevée. Toutefois, les membres et les partenaires sont au courant du processus officiel si un besoin se présentait à l'avenir.

Des cliniques virtuelles sont en place selon un horaire régulier. Les réponses cliniques aux besoins émergents sont évaluées quotidiennement au cas par cas.

Les processus utilisés pour établir l'horaire sont bien définis et peuvent être consultés en ligne sous forme de requête où de l'information précise est exigée pour répondre aux besoins des clients. Ces requêtes sont ensuite rationalisées par une équipe de coordination, puis le demandeur reçoit une confirmation de la réservation pour la consultation en télésanté.

Processus prioritaire : Aide à la décision

Les environnements physiques sont jugés appropriés pour les prestataires de soins de santé. Les processus de téléconsultation sont expliqués aux patients, dont le consentement est obtenu directement sur place.

L'accès à l'équipement ou aux données, comme les dossiers des patients, respecte les politiques organisationnelles.

Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les buts et objectifs sont harmonisés à l'organisme. Les services de télésanté sont publicisés dans tout l'organisme, ce qui est confirmé par l'augmentation du volume d'activité.

Des indicateurs d'assurance de la qualité sont recueillis et peuvent être consultés dans le rapport annuel. Les résultats sont communiqués aux membres de l'équipe. Le désir d'améliorer continuellement l'expérience des professionnels et des patients est une valeur partagée.

3.2.23 Processus prioritaire : Interventions chirurgicales

Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Ensemble de normes : Normes relatives aux salles d'opération	
1.8 L'équipe interdisciplinaire suit un processus officiel pour évaluer régulièrement son mode de fonctionnement, définir ses priorités et apporter les améliorations nécessaires.	
2.3 La formation offerte à l'équipe doit inclure l'utilisation de toutes les pompes à perfusion. 2.3.1 Des preuves écrites démontrent qu'il y a de la formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
2.8 Les dirigeants de l'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	
3.6 L'équipe affiche, suit et documente un horaire de nettoyage complet et régulier de la salle d'opération et des zones connexes.	!
4.2 Le membre de l'équipe qui en est responsable vérifie que le client a consenti de façon éclairée à l'intervention et à l'anesthésie, s'il y a lieu.	!
6.8 L'équipe utilise une liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire afin de confirmer que les étapes sécuritaires sont effectuées en vue d'une intervention chirurgicale. 6.8.1 L'équipe s'est entendue sur une liste de contrôle en trois étapes à utiliser dans la salle d'opération. 6.8.2 L'équipe se sert de la liste de contrôle pour chaque intervention chirurgicale en salle d'opération. 6.8.3 L'équipe a établi un processus qui lui permet de vérifier constamment que la liste de contrôle est respectée. 6.8.4 L'équipe évalue l'utilisation de la liste de contrôle et communique les résultats aux membres du personnel et aux prestataires de services. 6.8.5 L'équipe utilise les résultats de l'évaluation pour améliorer la mise en oeuvre et une plus grande utilisation de la liste de contrôle.	 PRINCIPAL PRINCIPAL PRINCIPAL SECONDAIRE SECONDAIRE
6.9 Immédiatement avant l'intervention, l'équipe effectue un temps d'arrêt afin de confirmer l'identité du client, la nature de l'intervention chirurgicale ainsi que la région et l'endroit où elle sera pratiquée.	!

6.10	L'équipe note le temps d'arrêt préopératoire.	!
7.5	Tous les médicaments délivrés au champ stérile sont étiquetés et manipulés en ayant recours à des techniques aseptiques.	!
12.8	L'équipe a recours à la stérilisation rapide dans la salle d'opération en cas d'urgence, mais jamais pour les ensembles complets d'instruments ou les appareils implantables.	!
14.4	L'équipe établit des objectifs de rendement et mesure leurs progrès.	
14.5	L'équipe compare ses résultats à ceux d'interventions, de programmes ou d'organismes semblables.	
Ensemble de normes : Services de chirurgie		
2.1	Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	
2.2	Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services de chirurgie sont mesurables et précis.	
2.3	L'équipe détermine les ressources nécessaires pour atteindre ses buts et objectifs.	
3.1	L'organisme forme une équipe interdisciplinaire pour assurer la prestation des services de chirurgie.	
3.7	L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	
4.4	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	 PRINCIPAL
4.4.1	Des documents prouvent qu'une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	
5.5	L'équipe dispose d'un processus équitable et objectif pour reconnaître la contribution de ses membres.	
7.3	L'équipe évalue la santé physique et psychologique du client.	
7.15	L'anesthésiste effectue une évaluation préanesthésique avant le début de l'intervention.	!
8.3	L'équipe obtient le consentement éclairé du client avant d'entreprendre l'intervention.	!

8.7	L'équipe permet aux clients et aux familles d'avoir accès à du soutien émotionnel et à du counseling.	
11.6	Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille, l'organisme ou l'équipe où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	
14.5	L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	
16.1	L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs aux services de chirurgie.	
16.5	L'équipe fait connaître les résultats des évaluations au personnel, aux clients et aux familles.	

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

À l'Hôpital neurologique de Montréal, le personnel reçoit une formation sur les pompes à perfusion, mais comme les mêmes pompes sont utilisées depuis des années, le personnel infirmier ne reçoit pas de formation continue.

L'arrivée d'infirmières auxiliaires dans un milieu anciennement occupé exclusivement par des infirmières ne s'est pas faite sans résistance.

À l'Hôpital neurologique de Montréal, le nettoyage des salles d'opération entre les interventions est effectué par des aides-soignants. Le nettoyage final est effectué par du personnel d'entretien ménager qui ne relève pas de la direction des soins infirmiers en salle d'opération. Les responsables des salles d'opération ont demandé que le service d'entretien ménager leur fournisse un horaire de nettoyage complet afin qu'ils sachent ce qui est nettoyé et quand cela est fait. La coordination entre le personnel de la salle d'opération et celui de l'entretien ménager est importante pour optimiser les soins aux patients.

Bien que l'équipe coordonne généralement ses services avec les autres services périopératoires, il y a certains problèmes à l'Hôpital général de Montréal puisque les chirurgiens peuvent conserver les patients en observation à l'unité de soins post-anesthésie (USPA) pendant 24 heures au lieu de les admettre à l'unité et de leur donner leur congé le lendemain. Cela met de la pression sur le personnel infirmier lorsque des cas d'urgences sont acheminés à l'USPA en dehors des heures normales de travail.

De façon générale, le secteur des salles d'opération n'est pas adapté aux pratiques actuelles en matière de technologie, de cheminement des patients ou de prévention et de contrôle des infections, mais les possibilités de réaménagement de l'espace actuel sont limitées. Le nouvel hôpital du site Glen disposera de salles d'opération à la fine pointe de la technologie.

À l'Hôpital neurologique de Montréal, la liste de contrôle de sécurité chirurgicale est bien respectée par presque tous les médecins. Lors des vérifications, on a constaté qu'un médecin et un anesthésiologiste ne respectaient pas la politique. On recommande donc d'aborder le problème avec eux et de leur imposer des pénalités s'ils continuent à ne pas la respecter. L'Hôpital général de Montréal et l'Hôpital Royal Victoria doivent mettre en œuvre tous les aspects de la liste de contrôle chirurgicale.

Il a été observé que les dossiers des patients ne contiennent pas tous de consentement signé à l'intervention chirurgicale, d'antécédents médicaux ni de résultats d'examen physique soumis par le chirurgien. Pour des motifs juridiques, tous les patients qui entrent en salle d'opération devraient avoir une note d'admission du chirurgien documentant leurs antécédents et un consentement signé qui sera versé à leur dossier permanent.

S'il existe une politique exigeant que les médecins obtiennent un consentement éclairé aux transfusions sanguines, elle doit être renforcée et faire l'objet d'une vérification.

Le programme de cancer thoracique a obtenu des résultats remarquables en ce qui concerne la réduction des temps d'attente pour les patients atteints de cancer du poumon ou de l'œsophage. Le travail pour accélérer les soins avec les hôpitaux communautaires qui y envoient des patients est impressionnant.

Les membres du personnel dans l'ensemble de l'organisme déclarent profiter d'un bon accès aux services d'éthique.

Bien que le service ait noté le besoin d'améliorer ses systèmes d'information, le CUSM n'a pas adopté d'emblée des systèmes de technologie de l'information.

Le cheminement des patients à l'Hôpital neurologique de Montréal est entravé par les tournées inconstantes des chirurgiens. Les fellows ne peuvent pas accorder de congé aux patients sans la permission du chirurgien en chef, qui n'effectue pas sa tournée tôt dans la journée. Les lits sont souvent libérés uniquement plus tard dans la journée, ce qui complique la gestion des lits. La liste des interventions est souvent modifiée sans que cela soit bien communiqué aux membres du personnel, avec pour résultat que les patients doivent parfois attendre leur intervention à l'hôpital ou attendre qu'elle soit reprogrammée. Il n'existe aucun mécanisme qui accélère l'obtention de l'intervention chirurgicale pour les patients dont l'intervention a été retardée à cause d'une urgence.

L'utilisation de la stérilisation rapide à l'Hôpital Royal Victoria devrait faire l'objet d'une vérification et être comparée à celle qu'on en fait dans les autres hôpitaux du CUSM. S'il semble que cette utilisation soit effectivement inhabituelle, des mesures de réduction devront être envisagées.

De nombreux exemples de médecins et résidents qui ne se désinfectent pas les mains avant et après le contact avec un patient ont été observés à l'Hôpital neurologique de Montréal, à l'Hôpital général de Montréal et à l'Hôpital Royal Victoria. Cela a été noté par le visiteur comme par le personnel du CUSM l'accompagnant. Des médecins et résidents ont été vus entrer en contact avec de multiples patients sans se laver ni se désinfecter les mains. Les médecins doivent être tenus responsables de la conformité à la politique d'hygiène des mains de l'organisme.

À l'Hôpital de Montréal pour enfants, de nombreux changements à l'horaire de la salle d'opération ont lieu, ce qui entraîne fréquemment des perturbations ainsi qu'une perte d'efficacité. On suggère à l'équipe d'inclure un examen de ses pratiques de réservation dans ses buts et objectifs afin de réduire le nombre d'annulations de dernière minute et de retards.

On recommande au CUSM d'adopter rapidement l'utilisation d'aiguilles et de dispositifs d'accès veineux de sécurité. L'utilisation d'aiguilles à bout émoussé devrait devenir la norme pour aspirer des médicaments. Les aiguilles ordinaires devraient servir uniquement aux cathéters artériels. Tous les médecins devraient être appelés à se conformer à cette politique.

Les pharmaciens participent activement aux équipes de soins intensifs, mais n'ont qu'une présence minimale aux services chirurgicaux de l'Hôpital neurologique de Montréal, de l'Hôpital général de Montréal et de l'Hôpital Royal Victoria, bien que des consultations téléphoniques soient offertes 24 heures sur 24. C'est le personnel infirmier qui est responsable de renseigner les patients sur leurs médicaments et d'effectuer la

majeure partie du bilan comparatif des médicaments. Il n'y a pas non plus de gérance des antibiotiques. Le CUSM devrait envisager d'intégrer un pharmacien aux programmes chirurgicaux.

Il est recommandé que les cliniques préopératoires se dotent d'un responsable de l'anesthésie et que ce soient principalement des anesthésistes qui y travaillent, avec possibilité de consulter des spécialistes en médecine interne. Compte tenu de la gravité des cas vus au CUSM, le fait que les anesthésistes voient les patients pour la première fois juste avant d'entrer en salle d'opération n'est pas considéré comme étant une pratique de soins optimale. Lorsque des questions comme les risques d'une anesthésie, l'anesthésie épidurale ou rachidienne, les complications liées à l'intubation, aux blocages et à l'insertion de cathéters font l'objet de discussions devant la salle d'opération, alors que le patient est étendu sur une civière, il devient très difficile de démontrer qu'on a obtenu de sa part un consentement éclairé.

Section 4 Résultats des outils d'évaluation

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

4.1 Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

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

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

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

- Période de collecte de données : 18 janvier 2013 au 1 mars 2013
- Nombre de réponses : 20

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	10	5	85	92
2 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	15	5	80	94
3 Nous avons des sous comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	10	0	90	96
4 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion. (6.3)	5	5	90	95

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
5 Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	5	15	80	92
6 Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	15	10	75	92
7 Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	0	5	95	96
8 Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous comités (le cas échéant).	5	5	90	95
9 Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	5	5	90	94
10 Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	5	20	75	92
11 Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	15	10	75	87
12 La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	0	20	80	91
13 La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	5	25	70	93
14 On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	16	26	58	86
15 Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	5	10	85	96
16 Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	10	90	95

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	96
18 Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	30	50	20	72
19 Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	20	45	35	64
20 Les contributions des membres sont revues régulièrement.	42	37	21	58
21 En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	32	21	47	76
22 Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	39	50	11	52
23 Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	25	35	40	77
24 En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	12	24	65	82
25 En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	32	32	37	65
26 Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	5	15	80	95
27 Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des patients.	10	35	55	80
28 En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	10	20	70	94

	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
29 En tant que conseil d'administration, nous entendons parler de clients qui ont subi des préjudices pendant les soins.	25	35	40	83
30 Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	10	30	60	90
31 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	14	14	71	84
32 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	13	33	53	79
33 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	13	19	69	87
34 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	5	10	85	91
35 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	5	0	95	94
36 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous comités.	6	6	89	87
37 Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	10	0	90	92

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de janvier et le mois de juin 2013 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.2 Sondage sur la culture de sécurité des patients

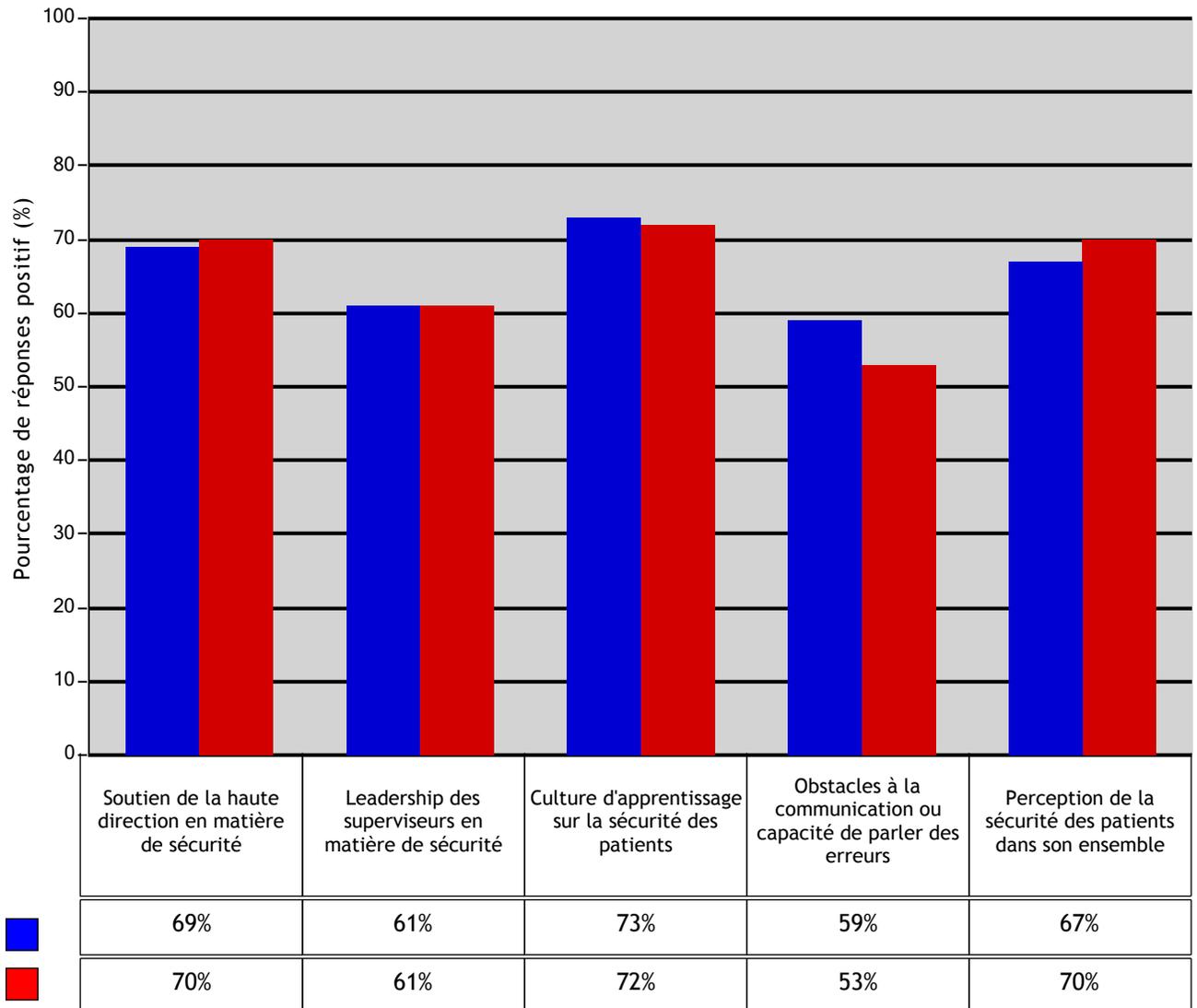
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- Période de collecte de données : 10 octobre 2012 au 18 décembre 2012
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 371
- Nombre de réponses : 388

Culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers



Légende

- Centre universitaire de santé / McGill University Health Centre
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2012 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

4.3 Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

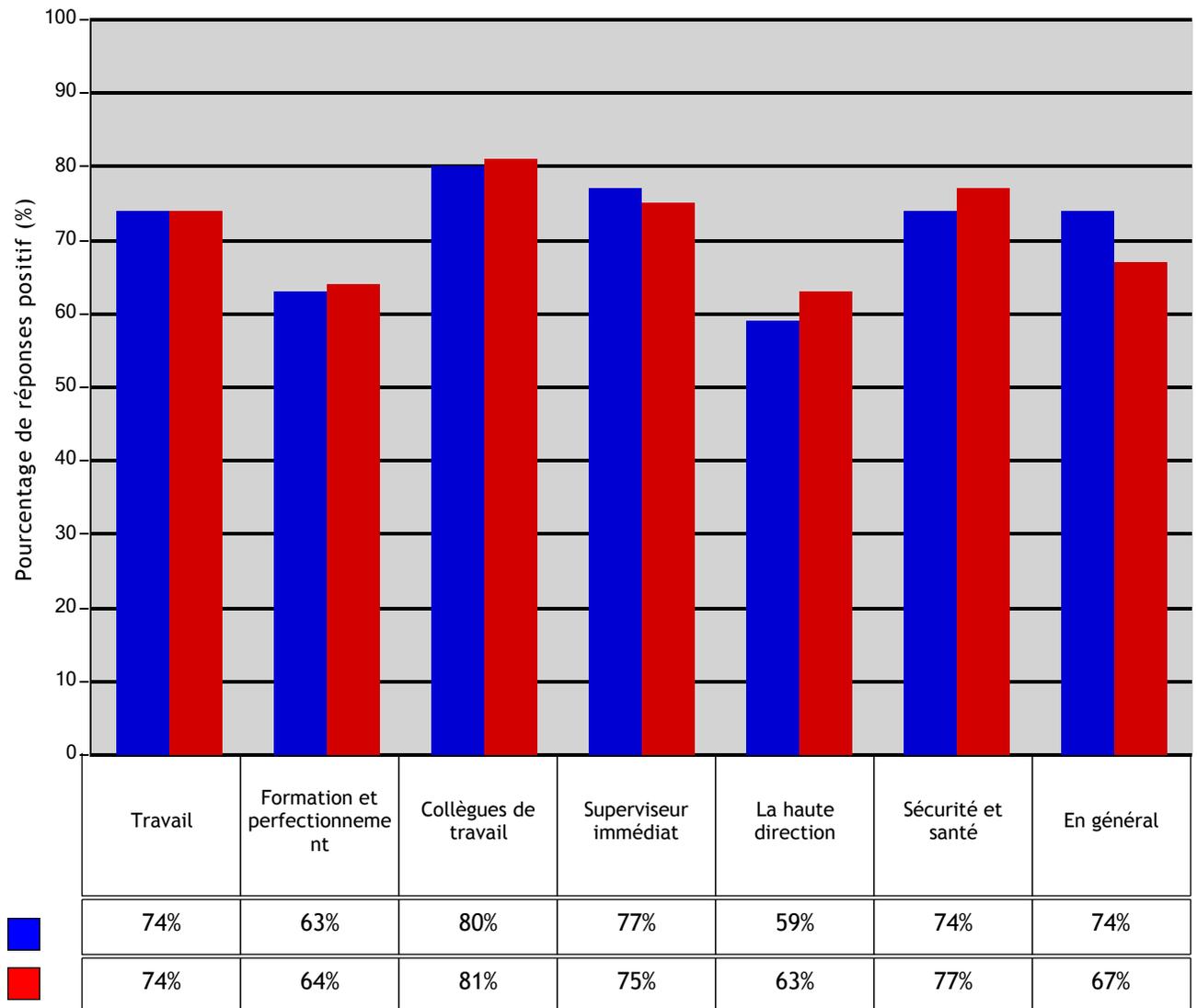
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- Période de collecte de données : 10 octobre 2012 au 18 décembre 2012
- Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 371
- Nombre de réponses : 482

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats en fonction du milieu de travail



Légende

- Centre universitaire de santé / McGill University Health Centre
- * Moyenne canadienne

*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2012 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Évaluer l'expérience de l'utilisateur de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'utilisateur, accroître la participation de celui-ci et alimenter les projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme, avant la visite, se sert d'un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur qui porte sur les dimensions suivantes :

Respect des valeurs des usagers, de leurs besoins et de leurs préférences, dont le respect des droits, des valeurs culturelles et des préférences des usagers; l'obtention d'un consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et l'encouragement à une participation active à la planification des soins et à la prestation des services.

Partage d'information, communication et enseignement, y compris fournir l'information que les gens désirent obtenir, assurer une communication ouverte et transparente, et offrir de l'enseignement aux usagers et à leur famille au sujet des questions liées à la santé.

Coordination et intégration des services d'un point de service à l'autre, dont l'accès aux services, un service continu dans l'ensemble du continuum de soins et la préparation des usagers pour le congé ou la transition.

Amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne, y compris pour ce qui est d'offrir le confort physique, la gestion de la douleur, le soutien émotionnel et spirituel et du counseling.

L'organisme a ensuite la possibilité de voir aux possibilités d'amélioration et de discuter des projets liés à l'amélioration de la qualité avec les visiteurs durant la visite d'agrément.

Exigence du programme sur l'expérience vécue par l'utilisateur	
L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur en se servant d'un outil et d'une approche qui répondent aux exigences du programme d'agrément.	Conforme
L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.	Conforme

Annexe A Programme Qmentum

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

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 10 jours ouvrables qui suivent la visite.

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

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

Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

Évaluation des preuves et amélioration continue

Cinq mois après la visite, Agrément Canada évalue les preuves transmises par l'organisme. Si ces preuves démontrent qu'il y a maintenant conformité à un pourcentage suffisant de critères qui n'étaient pas respectés auparavant, un nouveau type d'agrément pourrait être attribué pour tenir compte des progrès de l'organisme.

Annexe B Processus prioritaires

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

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

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

Processus prioritaire	Description
Gestion des maladies chroniques	Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique.

Processus prioritaire	Description
Santé et bien-être de la population	Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

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

Processus prioritaire	Description
Aide à la décision	Se servir de l'information, de la recherche, des données et de la technologie pour appuyer la gestion et la prise de décisions d'ordre clinique.
Analyses de biologie délocalisées	Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.
Banques de sang et services transfusionnels	Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.
Compétences	Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.
Direction clinique	Diriger et guider les équipes qui offrent les services.
Don d'organes (donneur vivant)	Offrir des services de don d'organes provenant de donneurs vivants, par exemple, en appuyant les donneurs potentiels dans une prise de décisions éclairée, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur et en réalisant des procédures liées aux dons d'organes.
Dons d'organes et de tissus	Offrir des services de don d'organes aux donneurs décédés et à leurs familles, ce qui englobe l'identification des donneurs potentiels, la communication avec les familles et le prélèvement des organes.
Épisode de soins	Offrir des services de santé coordonnés aux clients à partir du premier contact avec un prestataire de soins jusqu'à la dernière rencontre liée à leur problème de santé.
Épisode de soins primaires	Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.
Gestion des médicaments	Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.
Impact sur les résultats	Cerner et assurer le suivi des mesures de processus et de résultats pour évaluer et améliorer la qualité des services et les résultats des clients.

Processus prioritaire	Description
Interventions chirurgicales	Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.
Prévention des infections	Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.
Services de diagnostic - Imagerie	Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Services de diagnostic - Laboratoire	Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.
Transplantation d'organes et de tissus	Offrir des services de transplantation d'organes, à partir de l'évaluation initiale des receveurs potentiels jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.