



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA
Qmentum

Rapport de visite

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

Montréal, QC

Séquence 1

Dates de la visite d'agrément : 24 au 29 novembre 2019

Date de production du rapport : 23 décembre 2019

Au sujet du rapport

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en novembre 2019. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

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

Confidentialité

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

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

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

Un mot d'Agrément Canada

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

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

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

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

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson
Directrice générale

Table des matières

Sommaire	1
Au sujet de la visite d'agrément	2
Analyse selon les dimensions de la qualité	3
Analyse selon les normes	4
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	5
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	8
Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises	10
Résultats détaillés de la visite	11
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	12
Processus prioritaire : Gouvernance	12
Processus prioritaire : Planification et conception des services	14
Processus prioritaire : Gestion des ressources	16
Processus prioritaire : Capital humain	17
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	18
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	21
Processus prioritaire : Communication	22
Processus prioritaire : Environnement physique	24
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	26
Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes	29
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	30
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	34
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	34
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	37
Annexe A - Programme Qmentum	40
Annexe B - Processus prioritaires	41

Sommaire

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

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent notamment les normes d'excellence pancanadiennes et les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels pour des usagers.

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

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

Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 24 au 29 novembre 2019**

- **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. CHSLD Judith-Jasmin
2. Hôpital Maisonneuve-Rosemont
3. Hôpital Santa Cabrini
4. Institut universitaire en santé mentale de Montréal

- **Normes**

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

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme

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

Normes sur l'excellence des services

5. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services

Analyse selon les dimensions de la qualité

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

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	25	0	0	25
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	12	0	0	12
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	168	12	6	186
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	56	1	3	60
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	26	0	2	28
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	1	0	1	2
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	235	8	9	252
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	25	0	2	27
Total	548	21	23	592

Analyse selon les normes

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

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

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

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	48 (100,0%)	0 (0,0%)	2	31 (100,0%)	0 (0,0%)	5	79 (100,0%)	0 (0,0%)	7
Leadership	46 (97,9%)	1 (2,1%)	3	88 (95,7%)	4 (4,3%)	4	134 (96,4%)	5 (3,6%)	7
Prévention et contrôle des infections	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	31 (100,0%)	0 (0,0%)	0	70 (98,6%)	1 (1,4%)	0
Gestion des médicaments	68 (93,2%)	5 (6,8%)	5	62 (98,4%)	1 (1,6%)	1	130 (95,6%)	6 (4,4%)	6
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	79 (91,9%)	7 (8,1%)	2	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	118 (93,7%)	8 (6,3%)	2
Total	280 (95,2%)	14 (4,8%)	12	251 (97,7%)	6 (2,3%)	10	531 (96,4%)	20 (3,6%)	22

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

Aperçu par pratiques organisationnelles requises

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

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

Pratique organisationnelle requise	Cote Globale	Cote - Test de conformité	
		Conforme aux principaux tests	Conforme aux tests secondaires
But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité			
Divulgence des événements (Leadership)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)	Conforme	6 sur 6	1 sur 1
Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
But en matière de sécurité des patients : Communication			
Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)	Non Conforme	3 sur 4	1 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 sur 3
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	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			
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Conforme	5 sur 5	3 sur 3
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (Leadership)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections			
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0

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 infections			
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2

Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

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

Le conseil d'administration vise la dispensation de soins de santé et de services sociaux accessibles à la population de son territoire.

L'établissement se reconnaît comme ayant des fondements d'inclusivité des populations et des partenaires et véhicule l'interdisciplinarité. L'indice de défavorisation, l'augmentation de l'achalandage, l'accès à un médecin de famille et la poursuite du développement des axes d'excellence sont des enjeux de taille.

La direction démontre un leadership de collaboration et de transparence. Elle souhaite le meilleur pour la population du territoire et celle qui vient chercher des services dans ses installations.

L'enjeu de la pénurie des ressources humaines contribue aux difficultés rencontrées de temps supplémentaire et de temps supplémentaire obligatoire. La direction travaille à identifier des stratégies novatrices pour le recrutement et doit pousser encore davantage ses initiatives.

La situation financière difficile limite l'établissement dans son désir de rapatrier sa clientèle. Le travail de collaboration et de proximité avec les hautes instances stratégiques se fait en continu et nous invitons l'établissement à poursuivre dans ce sens.

La qualité des soins et services est maintenue en dépit d'installations qui sont devenues désuètes avec le temps et qui continuent à se détériorer malgré un entretien constant.

À cet égard, l'environnement physique demeure un enjeu de taille qui est adressé et qui mérite une attention soutenue et constante dans un souci de maintien de la qualité des services et de la sécurité de la clientèle. Tous reconnaissent l'état des installations et des travaux majeurs sont en cours de planification et/ou de réalisation dans certains établissements. Il faut reconnaître que l'établissement devra être ingénieux pour le recrutement et la rétention des effectifs dans un contexte où l'accès à l'environnement et aux technologies est difficile et où l'espace virtuel est devenu une réalité nécessaire qui permet l'efficience.

La satisfaction de la clientèle est un élément qui est validé par les équipes dans un processus continu.

L'établissement bénéficie d'une équipe performante qui assume un leadership mobilisateur en prévention des

infections. Les taux d'infections et les indicateurs de performance sont des éléments suivis avec rigueur au sein des instances stratégiques.

Nous notons la présence d'une équipe de haut niveau au niveau du secteur de la pharmacie qui peine à répondre aux multiples demandes d'ajout de services. La pénurie des ressources et l'accès à des outils de dernière technologie limitent la réponse aux demandes de présence pharmacien dans les divers secteurs cliniques et pour la gestion de dossiers d'envergures qui sont la prérogative de ce secteur d'activité.

Les unités de retraitement des dispositifs médicaux ne sont pas dans une situation optimale et du travail de révision et d'appropriation des processus demeure. Les équipements de ce secteur se doivent d'être réévalués dans une optique de maintien de la qualité des services offerts.

L'équipe des mesures d'urgence et de sécurité civile est proactive avec les partenaires tant externes qu'internes. Le plan est intégré pour l'ensemble de l'établissement, ce qui donne confiance aux divers groupes pour le maintien de la sécurité.

Résultats détaillés relatifs aux pratiques

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

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

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
<p>Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique</p> <p>Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins. NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes. Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR. Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leadership 15.7

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.

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

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

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

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

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



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

PRINCIPAL

Test principal de conformité aux POR

SECONDAIRE

Test secondaire de conformité aux POR

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

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

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

Processus prioritaire : Gouvernance

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

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

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

Les membres du conseil d'administration sont impliqués et ont une bonne compréhension du rôle attendu. Les valeurs organisationnelles identifiées avec la collaboration des différentes parties prenantes sont des éléments intrinsèques à la prise de décision.

Le conseil a recruté des personnes d'expérience au cours des dernières années afin de renforcer sa mission universitaire. Le conseil est soucieux que chacune des missions de l'établissement puisse se refléter autour de la table et il n'hésite pas à faire venir des invités (partenaires, patients ou cliniciens) selon les besoins pour mieux comprendre les enjeux avant une prise de décision importante.

Le conseil d'administration travaille de concert avec le personnel d'encadrement pour effectuer une analyse continue du milieu en vue de cerner les divers changements, les nouveaux défis et s'assurer que son plan s'ajuste aux différents facteurs politiques, économiques, sociaux et technologiques qui peuvent interférer avec les alignements.

La qualité des soins et services est une préoccupation constante de l'équipe du Conseil d'administration, de même que de l'équipe d'encadrement.

Des rapports en ce qui a trait aux indicateurs de qualité sont présentés à chaque séance du conseil d'administration. Pour ce faire, divers canaux sont utilisés, dont les rapports du comité de vigilance et de

la qualité; l'équipe est très bien au fait des recommandations faites par la commissaire à la qualité et aux plaintes.

Un suivi auprès de plusieurs partenaires de la communauté démontre d'une participation constante et d'une volonté des membres du CIUSSS à travailler ensemble pour faire avancer les dossiers et les projets. Néanmoins, la compréhension de la structure administrative du CIUSSS représente un enjeu actuel pour les partenaires.

Processus prioritaire : Planification et conception des services

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

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

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

L'équipe d'encadrement élabore sa planification stratégique à partir de celle qui provient du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Toutefois, elle se préoccupe d'y ajouter une couleur locale en y insérant des objectifs qui touchent les besoins spécifiques de son territoire.

La communauté est invitée par divers forums à participer à la planification stratégique et donne son avis sur l'étendue des services offerts et à mettre de l'avant.

Nous soulignons la présence du bureau de l'expérience-patients qui participe à la collecte de données. Dans cet ordre d'idée, des enquêtes sont faites de manière régulière afin d'obtenir de l'information, de la rétroaction des usagers pour la planification des services.

Il existe un fort partenariat avec la communauté et l'apport d'information généré par ces derniers est pris en compte.

L'information qui porte sur la communauté est partagée avec le Conseil d'administration et des forums sont organisés avec les cadres des divers niveaux et porte sur un élément de la planification stratégique. De multiples occasions sont prises en compte pour analyser les défis ou les risques réels et potentiels.

L'instance stratégique de l'établissement assure le suivi aux 3 semaines de la table stratégique et valide les projets en cours qui méritent une attention particulière. À ce moment, du soutien et la recherche de piste de solutions se fait en équipe inter direction et permet de voir à corriger les écarts. La revue du portefeuille de projets se fait une fois par année et un suivi est assuré pour voir à l'application de ceux-ci sur le terrain. Lorsque des écarts négatifs sont identifiés, un processus est mis en place pour soit aider le gestionnaire ou l'équipe à apporter les corrections nécessaires.

Nous soulignons, la tournée régulière des stations visuelles par le PDG et le PDGA. Les secteurs ont l'opportunité d'échanger avec la haute direction et il est à noter la participation et l'intérêt non négligeable des équipes médicales à participer à ces échanges.

Les valeurs de gestion que l'équipe prône se reflètent dans la prise de décision et elles sont renforcées par les équipes de cadres.

Un processus de consultation bien structuré permet de réviser les politiques et procédures et de les harmoniser; de plus, l'approbation est rapide. À chaque comité de direction, près de 10 politiques et procédures sont présentées.

Points forts :

- Solide collaboration inter direction
- Partenariat clinique médecin-gestionnaire maintenu et renforcé depuis la fusion
- Implication bien ancrée des patients partenaires

Défis :

- Trouver un équilibre face à toutes les demandes pour maintenir l'accès, la sécurité des usagers, pour également répondre aux impératifs de développement et de performance.
- Poursuivre les efforts pour sensibiliser les instances stratégiques aux réalités sociales, économiques du territoire, mais, au-delà, faire reconnaître l'urgence des priorités identifiées pour l'offre de soins et services comme la vétusté des installations.

Processus prioritaire : Gestion des ressources

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

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

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

Un cycle pour l'allocation et le suivi budgétaire détaillé est communiqué aux équipes. En raison de la situation budgétaire, le comité de direction se réunit pour assurer le suivi chaque 3 semaines.

Des travaux majeurs sont en cours tant par le comité de vérification que par la direction des ressources financières de l'établissement pour assurer un suivi rigoureux des mesures mises en place qui ont une incidence sur le budget.

Les contrôles financiers se font par une équipe de la direction des ressources financières qui accompagne les différentes directions au cours des exercices financiers. Des critères définis sont présents pour orienter la prise de décisions. Ces dernières sont prises dans le respect de l'accessibilité et de l'impact sur les services à la clientèle.

L'établissement travaille d'arrache-pied pour réduire les coûts le plus possible et les équipes sont sensibles à toute possibilité d'économies. L'information aux équipes apparaît primordiale afin d'obtenir l'engagement pour une meilleure santé financière de l'établissement. Nous invitons l'établissement à poursuivre les efforts de sensibilisation des différentes équipes à l'impact des décisions prises.

Toutefois, la pression clinique est non négligeable sur les finances de l'établissement, de même que la situation de croissance de la demande populationnelle; des dossiers sont élaborés pour expliquer les écarts. Le regroupement des divers établissements a permis aux gestionnaires de constater des écarts importants que les représentants des instances stratégiques tentent de démontrer aux diverses instances décisionnelles, et ce, à l'échelle provinciale.

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 : Leadership	
10.10 Les liens hiérarchiques et l'étendue des responsabilités du personnel d'encadrement sont évalués régulièrement.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Stratégie audacieuse d'attraction du personnel intitulée « Passez à l'Est » a permis d'attirer l'attention des chercheurs d'emplois dans le milieu de la santé. Des ententes et de la visibilité sont présentes au niveau des commissions scolaires, des écoles afin de sensibiliser les jeunes à la variété des postes offerts au sein du réseau de la santé. Nous encourageons l'équipe à bien documenter l'impact de la campagne de sensibilisation sur l'attraction des ressources humaines et à ne pas hésiter à aller plus loin dans les stratégies déployées ou à venir.

La direction des ressources humaines se préoccupe du savoir-être de ses employés et a mis au point plusieurs stratégies afin de les soutenir et de les développer. Un programme de gestion des talents est offert afin d'aider les employés à se développer. Certains employés font des mandats « élastiques » qui leur permettent d'être utilisés à leur plein potentiel. Cette option au développement des personnes mérite d'être documentée et d'en mesurer les impacts au niveau des soins et services à la clientèle.

Le leitmotiv de l'équipe des ressources humaines est d'être partout et de soutenir les directions dans la réalisation de leurs mandats.

Une politique et procédure est disponible pour surveiller le rendement du personnel. À cet effet, nous invitons l'établissement à revoir le processus et à outiller les gestionnaires à procéder ou inscrire dans leur horaire chargé des évaluations de rendement de manière à pouvoir donner une rétroaction aux employés et à obtenir de l'information sur les possibilités d'amélioration ou de développement.

Une campagne de sensibilisation à la présence au travail a été mise en œuvre au cours de l'automne 2018. Nous encourageons l'établissement à évaluer ce type de projet et à faire en sorte d'y apporter les améliorations nécessaires, car le concept est significatif et pourrait être repris sur une base permanente.

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 : Leadership	
12.6 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, les politiques et les procédures qui portent sur la sélection des services contractuels et des prestataires de services en sous-traitance, ainsi que sur la négociation des contrats, sont respectées.	
12.7 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, la qualité des services contractuels et de ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance est évaluée régulièrement.	
<p>15.7 Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>NOTA : Agrément Canada procédera à la mise en oeuvre complète du bilan comparatif en deux étapes.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui se dérouleront entre 2014 et 2017, le bilan comparatif devrait être mis en oeuvre dans UN seul service (ou programme) qui utilise un ensemble de normes Qmentum contenant la pratique organisationnelle requise (POR) sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p> <p>Pour les visites d'agrément qui auront lieu à compter de 2018, le bilan comparatif des médicaments devrait être mis en oeuvre dans TOUS les services (ou programmes) qui utilisent des normes Qmentum qui contiennent la POR sur le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins. Le bilan comparatif des médicaments devrait être instauré en fonction des tests de conformité de chaque POR.</p>	

15.7.3	Un plan est en place pour mettre en oeuvre le bilan comparatif et en assurer le maintien. Ce plan précise les services ou programmes concernés, l'emplacement et les moments où le bilan comparatif doit être établi.	PRINCIPAL
15.7.6	La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.	SECONDAIRE

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

L'équipe de gestion de la qualité est une équipe dynamique qui voit les opportunités et s'inscrit en soutien aux gestionnaires et aux équipes.

L'équipe s'est dotée d'une vision qui va dans le sens de décloisonner les expertises et de faciliter le travail de collaboration.

Nous soulignons l'excellent travail réalisé auprès des différentes équipes pour intégrer les stations visuelles. De la formation et une coordination facilitent l'appropriation par les équipes des objectifs poursuivis par la mise en place des stations visuelles et il est remarquable de voir opérationnaliser des stations visitées. Ce véhicule d'information et d'échange sur les différentes problématiques vécues au sein des différentes équipes sur le terrain permet également de constater que l'escalade de l'information et des préoccupations se fait dans les deux sens.

Nous observons une forte culture de partenariat avec les usagers et ces derniers sont consultés à compter du moment de la conception d'un projet jusqu'aux différentes étapes d'implantation. Lors de notre visite, c'est près de 15 patients qui sont impliqués pour le projet de rénovation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Il existe un processus de recrutement des patients partenaires soutenus par la direction de la qualité.

Un plan intégré de la qualité intégré a été approuvé par les différentes instances et il y a un processus de défini pour surveiller son application dans les divers secteurs, unités et programmes de l'établissement.

L'équipe a procédé récemment, à la suite d'un processus de consultation, à la mise en fonction d'un tableau de bord de la performance organisationnelle disponible aux membres du conseil d'administration, de même qu'aux différentes équipes. Cet outil encore en intégration permet d'agir sur des indicateurs qui reflètent la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et la mobilisation. Également, des indicateurs sont surveillés et alimentent le Comité de vigilance de la qualité. Le tableau de bord inclut le suivi des différentes recommandations du comité de vigilance et celles-ci sont présentées lors des séances du Conseil

d'administration.

Un plan de sécurité 2016-2019 a été élaboré et il se décline autour de 6 axes prioritaires concernant la culture de sécurité des usagers, la prévention et le contrôle des infections (PCI), la gestion des médicaments, les soins à domicile, les soins chirurgicaux et la sécurité informationnelle et technologique qui a un impact sur l'utilisateur.

L'équipe est encouragée à poursuivre les travaux amorcés et à s'assurer qu'elle peut répondre à la quantité, car elle est impliquée dans toutes les sphères de l'organisation qui touchent la sécurité de la clientèle, que ce soit au niveau du soutien à assurer aux usagers, lors de suivis d'événements ou pour répondre à des impératifs de reddition de comptes.

La pratique organisationnelle du bilan comparatif des médicaments (BCM) n'est pas complètement atteinte. Un travail colossal a été mis de l'avant pour tenter d'identifier des solutions novatrices dans un contexte où celui-ci est difficile à implanter particulièrement en soins de courte durée - unités d'hospitalisations.

Le projet de planification précoce et conjointe des congés représente une clé de succès assuré vers l'intégration complète du BCM dans ces secteurs. Nous encourageons l'équipe à formaliser la mise en place d'un plan pour le BCM qui permet d'identifier les services-programmes où le bilan doit-être établi. Le plan peut être assumé par une équipe interdisciplinaire et il doit comporter des indicateurs pour valider la conformité et prévoir faire des améliorations le cas échéant.

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)

L'établissement s'est doté d'un code intégré d'éthique clinique, organisationnel et de recherche qui est un modèle de collaboration interdisciplinaire.

L'équipe est reconnue au sein de l'établissement et le volume des demandes qui leur sont adressées démontre le besoin croissant et de l'expertise reconnue de l'équipe.

L'équipe réfléchit à des enjeux d'éthique clinique et tente de soutenir les équipes lorsque l'enjeu se situe au niveau des patients. Sa façon novatrice de se préoccuper des enjeux organisationnels tels que l'isolement des patients porteur de bactéries multirésistantes pour aider le patient qui est en isolement pour plusieurs semaines ne laisse pas indifférent et démontre de l'ampleur des travaux majeurs de l'équipe.

Processus prioritaire : Communication

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

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

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

Un plan de communication 2017-2020 est élaboré dans le but de diffuser de l'information aux partenaires tant à l'interne qu'à l'externe. Le plan de communication reprend la vision stratégique du CIUSSS, les valeurs, l'engagement de même que l'éthique véhiculée au sein de l'établissement.

Différentes stratégies sont en place pour transmettre les principaux messages aux usagers, à leurs familles, aux membres de l'équipe, aux parties prenantes de même qu'à la communauté. L'utilisation du site internet et des médias électroniques tels que Facebook, LinkedIn, écrans numériques, etc. sont en cours d'utilisation. Il est à souligner le travail de création du site web intégré de l'établissement. Des ateliers de travail (focus group) ont été créés incluant la population du territoire, de même que des tests de validation ont été effectués.

Une campagne de communication intitulée « Passez à l'Est » a permis de faire reconnaître l'établissement du CIUSSS de l'Est comme un pôle d'excellence pour l'attraction du personnel et des médecins. L'émission « de garde 24-7 » a également permis à l'établissement de se faire connaître à l'échelle nationale.

L'équipe répond à près de 1?000 apparitions médias par année et est à même d'identifier que plus de 90 % des apparitions sont positives.

Une personne relais a été identifiée dans les différentes installations pour la diffusion de l'information.

Les systèmes de gestion de l'information (archives) respectent les lois en vigueur sur la protection de la vie privée des usagers et de la confidentialité des renseignements personnels. Les dossiers sont encore sous forme papier et sont numérisés dès qu'ils sont acheminés aux archives.

Les systèmes d'information électroniques répondent aux besoins actuels de l'établissement. Les équipes reconnaissent que des postes informatiques supplémentaires devraient être ajoutés pour faciliter l'accès aux outils par les équipes cliniques. L'équipe est en voie de finaliser l'intégration des différents bottins des employés afin de rendre l'outil plus facile d'utilisation aux gestionnaires. L'harmonisation des outils informatiques demeure un enjeu important. Les systèmes sont en vase clos pour plusieurs et ils ne

permettent pas d'avoir une efficacité dans les soins et services à la clientèle.

L'équipe est en mode d'amélioration continue; elle souhaite continuer à s'améliorer et que ce soit reconnu. Nous invitons l'équipe à s'assurer que les mécanismes d'évaluations sont prévus lors du déploiement d'un média de communication ou lors du développement de nouvelles stratégies de communication.

Nous invitons également les équipes à s'assurer de l'utilisation des outils de communication à l'interne auprès des utilisateurs et à valider avec ces derniers les motifs de sous-utilisation le cas échéant et à transmettre les préoccupations aux différentes parties prenantes afin de poursuivre dans la voie de l'amélioration continue, valeur que l'équipe s'est donnée comme prémisses à ses communications.

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)

Félicitations à une équipe dévouée, dynamique et imaginative pour sa capacité à maintenir en opération un parc de bâtiments vétustes dans un contexte de ressources limitées et d'une demande de services en croissance : le nombre d'utilisateurs et de services spécialisés et surspécialisés.

Les équipes méritent également des félicitations pour le prix BOMA BEST platine obtenu grâce à son engagement dans le développement durable. Signalons ici les bornes de recharge électrique pour véhicules, la plantation de milliers d'arbres, le compostage et les jardins communautaires. L'établissement est chaleureusement encouragé à suivre cet exemple dans tous ses sites. Ce serait cohérent avec la volonté du CIUSSS d'être un leader communautaire.

Les équipes sont aussi félicitées pour leurs initiatives d'amélioration de la sécurité en cas d'interruption des services publics : les boîtes de jonction pour ajouter des génératrices louées et les raccords pour brancher des réservoirs d'eau mobiles.

Il faut signaler l'intégration de patients partenaires assez tôt après la création du CIUSSS dans leurs processus.

Le nouveau projet 5S pour évaluer les coûts de différents projets de rénovations et faire la meilleure utilisation des 2.6 M disponibles est une excellente initiative d'amélioration de la performance. Il en est de même du nouveau comité interdisciplinaire de réduction du gaspillage pour avoir le maximum d'impact avec chacune des actions du personnel; par exemple diminuer les déplacements des PAB.

Les ententes de collaboration avec la Commission scolaire de Montréal méritent d'être signalées : cela comprend l'École de maçonnerie, celle d'horticulture, l'émondage et la peinture. Avec ces partenariats, on crée de la beauté, de la participation et un meilleur climat thérapeutique.

Les équipes font un travail remarquable dans des conditions pour le moins difficiles, mais elles font face à un défi colossal; le mot n'est pas trop fort vu la vétusté du parc de bâtiments. La direction, non seulement soutient les équipes, mais elle assume le leadership dans la recherche de solution.

Le CIUSSS est encouragé à poursuivre ses efforts de recrutement et de rétention du personnel technique et des professionnels de la conception. La création de nouveaux postes d'emploi sera possiblement nécessaire.

Enfin, une résidence sous contrat n'est pas équipée de gicleurs, l'équipe est invitée à se pencher sur ce problème et trouver une solution pour assurer la sécurité de ses usagers.

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 : Leadership	
14.9 Un plan de continuité des opérations est élaboré et mis en oeuvre afin de poursuivre les activités critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.	
14.10 Le plan de continuité des opérations porte sur les systèmes d'appoint pour les services publics et les systèmes essentiels pendant et après les situations d'urgence.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

L'équipe des mesures d'urgence et sécurité civile (MUSC) relève de la Direction des services techniques. Un «Plan intégré de mesures d'urgence et sécurité civile» est en place et est harmonisé pour le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il comporte deux sections, une pour les hôpitaux et l'autre pour les CLSC, CHSLD et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM.)

Cette équipe MUSC dynamique travaille en collaboration avec les partenaires, autant à l'interne, qu'à l'externe. Notons, par exemple les services policiers et d'incendie de la ville, les industries locales, ainsi que d'autres établissements de santé.

Les aide-mémoire et algorithmes sont privilégiés par l'équipe MUSC afin de rendre les informations essentielles facilement accessibles à tous. Ainsi, des affiches expliquant les directives générales pour les différentes mesures d'urgence (codes couleur) ont été développées. Ces affiches s'adressent aux usagers et visiteurs et sont placées près des plans d'évacuation et des alarmes incendie. Le déploiement de ces affiches est en cours et présentement, elles se retrouvent uniquement dans les CLSC.

Un algorithme détaillé sur le cheminement des appels des gardes administratives a été élaboré. Les rôles et responsabilités selon les secteurs d'activités, ainsi que le niveau d'intervention, y sont indiqués. Un centre d'appel centralisé reçoit les différents appels d'alarmes qui sont ensuite dirigés aux répondants concernés.

Plusieurs activités de formation ont lieu en cours d'année. Tous les employés reçoivent une formation à l'embauche. L'équipe MUSC travaille en collaboration avec le volet formation pour cibler les besoins de

secteurs spécifiques et y répondre. Citons, par exemple, celle sur le code rouge (incendie) pour les services alimentaires, les services techniques et l'hygiène et salubrité. Des rencontres annuelles sont tenues avec les bénévoles afin d'expliquer leurs rôles et responsabilités en lien avec les différents codes d'urgence.

Annuellement et au besoin, des exercices sont effectués pour le code rouge (incendie) et le code vert (évacuation). Mis à part certains secteurs d'activités plus critiques comme les soins intensifs, l'équipe MUSC privilégie des exercices non annoncés. Des endroits à risque, par exemple par la présence de produits dangereux, sont également ciblés pour des simulations. De plus, le service des incendies de la ville a été invité à se rendre sur place pour apprécier ce qu'impliquerait un événement dans ces endroits, comme la radio-oncologie.

Afin de travailler d'emblée en prévention, la demande a été faite aux intervenants de communiquer avec la sécurité avant que la situation ne se dégénère et qu'un code blanc (usager violent) doit être lancé. L'équipe MUSC a ainsi constaté une augmentation du nombre de demandes d'assistance et une diminution du nombre de codes blancs. Un rapport d'événement est rédigé pour tous ces codes. Une rencontre de débriefing en post-événement a lieu selon l'ampleur de la situation. Étant donné leur proximité, les agents de sécurité jouent également un rôle de pairs aidants auprès des équipes cliniques. De plus, ils travaillent en collaboration avec le Centre de recherche sur le trauma. Les employés peuvent également se voir référés au Programme d'aide aux employés, le cas échéant. L'équipe MUSC fait le suivi des codes blancs avec les agents de sécurité dans sa station visuelle opérationnelle. Selon les situations, un suivi est effectué auprès des chefs d'unités et des responsables en gestion des risques.

Des rapports sont également rédigés à la suite du lancement des autres codes couleur et acheminés à une adresse courriel centralisée pour le service de sécurité. Les suivis sont ensuite faits auprès des gestionnaires et leurs équipes, ainsi que la gestion des risques, le cas échéant.

À l'automne 2018, l'équipe MUSC a débuté les travaux sur l'élaboration des plans de continuité. Ainsi, l'équipe a rencontré toutes les directions et accompagne les gestionnaires. Un gabarit de plan de continuité des activités a été élaboré par l'équipe MUSC. Ce plan est complété par les différents services/secteurs d'activités de l'établissement. Les risques suivants sont inclus : pénurie d'eau, contamination de l'eau potable, panne électrique, panne informatique et panne téléphonique. Le plan permet, entre autres, de classer les différentes activités d'un service selon trois niveaux de criticité. L'impact sur les équipements est inclus, par exemple en situation de panne électrique. Le plan collige également les actions à mettre en place au niveau local, au niveau du CIUSSS et au niveau régional, selon les situations. Les responsables et partenaires y sont identifiés. Deux secteurs d'activités en centre hospitalier, soit les services alimentaires et l'électrophysiologie, ont servi de projets-pilotes et ces plans complétés sont accessibles comme références. Selon les informations reçues, les plans sont complétés dans environ 50 % des unités de soins. L'équipe MUSC est encouragée à poursuivre le déploiement de ces

plans en collaboration avec ses partenaires à l'interne. Les plans complétés seront accessibles dans la valise de garde des gestionnaires.

L'équipe du service de sécurité est en pleine croissance, ayant doublé le nombre d'employés dans la dernière année. Malgré le partenariat établi avec les maisons d'enseignement, l'équipe souligne que la disponibilité des ressources humaines demeure un défi.

Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

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

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

L'établissement détient un fort historique d'implication des patients partenaires en santé mentale. Les patients partenaires sont sollicités pour participer aux rencontres ou pour parler de leur parcours individuel.

La présence de patient partenaire est également bien implantée dans les services de l'oncologie. Plusieurs initiatives ont été implantées dans ce secteur d'activité par les patients partenaires comme le projet CROIRE.

Le CIUSSS bénéficie d'un comité des usagers intégré et nous félicitons ce succès. L'équipe est motivée et comprend les enjeux d'un établissement à plus grande échelle. Elle fait la promotion d'un milieu de vie respectueux pour l'ensemble des patients qui fréquentent l'installation, quel que soit le type de mission, et est centrée sur les personnes.

Nous suggérons à l'établissement de réfléchir à l'approche patient-partenaire et d'en dessiner les contours. La définition des divers rôles et responsabilités s'impose. Les gens éprouvent de la difficulté à discerner les différentes catégories de patients partenaires tels que les patients ressources, bénévoles, pairs aidants, etc. Également, nous invitons l'établissement à revoir les différentes structures d'encadrement de manière à répondre aux besoins de l'établissement et des patients. Dans certains établissements, des bureaux de partenariat ont été formellement créés. Ils ont le mandat de soutenir les acteurs impliqués en leur facilitant l'intégration, l'orientation et la formation nécessaire qui leur permet d'être pleinement intégrés en leur donnant le sentiment d'être utiles et incontournables.

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 : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	
3.5 Les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'URDM et les aires d'entreposage.	!
3.6 L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
3.7 L'URDM est propre et bien entretenue.	!
9.2 Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'URDM.	!
11.2 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples sont séparées des unités de soins.	!
11.3 Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie souples comportent des aires de travail séparées pour les appareils propres et pour ceux qui sont contaminés ou sales, ainsi qu'une zone d'entreposage, une plomberie et des drains qui leur sont réservés et un système de ventilation approprié.	
11.8 Les appareils d'endoscopie souples sont rangés adéquatement suivant les directives du fabricant de manière à réduire les risques de contamination et les dommages.	!
12.5 Les PON sont respectées pour manipuler, distribuer et transporter l'équipement, les dispositifs médicaux stériles.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	

Équipements et appareils médicaux :

Le service de génie biomédical (GBM) comprend deux volets, soit le développement avec une équipe-conseil pour le CIUSSS et l'entretien avec des équipes techniques (Hôpital Maisonneuve Rosemont, Hôpital Santa Cabrini Ospedale et une équipe volante pour les autres installations).

Un manuel de service de génie biomédical est en place et comprend toutes les procédures encadrant les entretiens préventifs et correctifs des équipements, ainsi que leur acquisition et mise en service. Le processus de mise en service inclut la formation nécessaire pour les utilisateurs et pour les techniciens en GBM, le cas échéant. L'entretien pour certains équipements est effectué par le fabricant au moyen de contrat de service.

Un système de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) supporte le programme d'entretien préventif des appareils médicaux. Le GMAO permet également un suivi des interventions préventives et correctives effectuées. L'inventaire des équipements y est inscrit par catégorie d'équipements et selon une échelle de criticité qui détermine la fréquence de l'entretien préventif. La durée de vie des équipements, selon les données du MSSS, y est inscrite, ce qui permet la planification du remplacement des équipements. Des critères sont établis afin de déterminer les priorités selon un processus transparent.

L'entretien des équipements est une responsabilité partagée. Le service du GBM effectue l'entretien des équipements médicaux spécialisés et le service des installations matérielles effectue l'entretien des équipements tels que les lève-personnes et les fauteuils roulants. Un document des « zones grises » a été élaboré afin d'identifier la responsabilité d'entretien pour tous les équipements. Un programme d'entretien des infrastructures informatiques, sous la responsabilité de la Direction des ressources informationnelles, est également en place.

Une gestion active des alertes et rappels se fait à l'aide du GMAO et en collaboration avec la gestion des risques. Le GMAO permet de documenter tous les suivis effectués, autant pour les alertes et rappels, que pour les incidents et accidents en lien avec les équipements.

Des statistiques en entretien des équipements (préventifs et correctifs) sont produites sous forme visuelle et rendues accessibles aux directeurs. Il est prévu de décliner ces statistiques par secteurs d'activités. Avec les projets d'envergure prévus dans les différentes installations, le service du GBM aura à maintenir ses activités en prévention et en correctif, tout en répondant à la demande croissante.

Retraitement des dispositifs médicaux :

Les équipes sont engagées et ont à cœur la qualité des activités. Les stations visuelles opérationnelles sont utilisées à bon escient. Toutes les équipes en retraitement des dispositifs médicaux (RDM) bénéficient de la collaboration et du soutien de la conseillère en retraitement. Elle participe également aux travaux de comités de l'Institut national en santé publique du Québec et du MSSS.

L'établissement accueille des stagiaires qui poursuivent leur attestation d'études collégiales (AEC) en RDM. L'AEC est obligatoire pour les nouveaux employés et est un critère dans les affichages de poste. Un programme d'orientation est en place pour les nouveaux employés. Malgré la présence de stagiaires, l'équipe souligne que le recrutement demeure un enjeu.

Un plan d'amélioration de la qualité, ainsi qu'un plan d'action sont en place. Des audits sont effectués annuellement par la conseillère en retraitement dans tous les secteurs ayant des activités de retraitement. Deux comités multidisciplinaires font le suivi du plan d'amélioration de la qualité.

Les deux hôpitaux effectuent le retraitement des DM provenant des CLSC avoisinants. Les DM sont transportés dans des bacs fermés; cependant, il n'y a pas de vérification en lien avec le transport externe (nettoyage du véhicule, maintien de la température, etc.).

À l'Hôpital Maisonneuve Rosemont (HMR), une portion du retraitement se déroule dans différents secteurs, tels que les cliniques de spécialité (ophtalmologie par exemple). La désinfection de haut niveau y est effectuée de façon indépendante et les paquets arrivent à l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) emballés, prêts à être stérilisés de ces sites satellites. Il est donc difficile d'en assurer la qualité. Des audits sont effectués à l'occasion et des suivis faits avec les équipes concernées. L'équipe de l'URDM a débuté le rapatriement de ces activités de RDM, mais a des limites en termes de capacité.

À l'HMR, les DM provenant du bloc opératoire ne sont ni triés ni brossés avant leur arrivée à l'URDM. Une telle pratique comporte des risques à plusieurs niveaux, y inclut la santé et sécurité des préposés à l'URDM. Cette situation doit être régularisée.

L'équipe souligne que deux appareils de retraitement par ultrasons ne répondent plus aux tests de contrôle de la qualité. L'établissement est encouragé à faire les vérifications nécessaires et en assurer le suivi.

Les espaces sont restreints à l'Hôpital Santa Cabrini. Des travaux de construction (bloc opératoire et URDM) sont planifiés. Il y a deux URDM, dont une est située complètement à l'intérieur du bloc opératoire. À l'HMR, l'unité de retraitement des endoscopes (URDE) a été entièrement rénovée en 2019 et les équipements ont été remplacés. À l'URDE de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO), l'armoire de rangement des endoscopes est située dans un corridor circulant.

Des documents écrits (politiques, procédures et PON) encadrent les pratiques en RDM. La révision et l'harmonisation sont entamées. L'équipe est encouragée à se doter d'un calendrier de révision et de l'inclure dans le plan d'amélioration de la qualité. Il serait important de s'assurer que les versions papier des documents dans les URDM soient les versions les plus récentes.

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 :

Gestion des médicaments

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

Prévention des infections

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

Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	
10.1 Les risques potentiels et les avantages des dispositifs de délivrance des médicaments sont évalués et consignés avant leur achat.	!
10.2 La variété de pompes à perfusion d'utilisation générale, de pompes à seringue et de pompes d'analgésie contrôlées par l'utilisateur est limitée.	!
11.1 Des limites incontournables et des limites contournables sont établies pour les médicaments de niveau d'alerte élevé dans les pompes intelligentes.	!
11.3 L'information relative aux médicaments qui est stockée dans les pompes intelligentes est mise à jour régulièrement.	!
11.4 Les limites incontournables et les limites contournables établies sont testées régulièrement dans le but de s'assurer que la pompe intelligente fonctionne bien.	!
11.5 Les limites incontournables et les limites contournables établies sont vérifiées régulièrement et des changements sont apportés au besoin.	
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Gestion des médicaments	

Les nombreuses activités de vérifications et contrôles témoignent de l'engagement de l'équipe envers la qualité des services et la sécurité des usagers. L'équipe utilise avec intelligence les étudiants pour mener

des audits sur une base régulière et vérifier l'efficacité des actions entreprises à la suite de l'audit précédent; à titre d'exemple, l'utilisation des abréviations et symboles, la conformité de contre-vérification des doses en pédiatrie, les allergies et intolérances notifiées, l'entreposage des médicaments sur les unités, la vérification des narcotiques, électrolytes concentrés et héparines sur les unités, etc.

Parmi les autres réalisations, notons : l'analyse globale des erreurs de médicaments et le plan d'action, l'harmonisation des procédures de contrôle des narcotiques, l'uniformisation des abréviations et de la feuille d'administration des médicaments (FADM).

Dans les actions à venir, il y a : un profil médical CIUSSS, les règles d'informatisation et un bulletin trimestriel des erreurs de médicaments. L'équipe a fait énormément de travail sur l'harmonisation des documents et des pratiques. Il en reste encore, certains pas faciles, en raison d'obstacles de nature autre que clinique. L'équipe est encouragée à poursuivre avec la même détermination dont elle a fait preuve jusqu'à maintenant. Il existe 1200 ordonnances préformatées, c'est à signaler.

Un programme d'antibio gouvernance a été mis en place et quelques études d'utilisation d'antibiotique ont été faites. On a également fait une étude sur les taux sanguins et on suit l'indicateur DDD (daily defined dose). C'est un excellent travail et l'équipe est encouragée à mieux assurer son implantation dans l'ensemble du CIUSSS.

L'intégration des CHSLD pour la gestion des médicaments s'est faite sans heurt, à la grande satisfaction des deux parties.

Au premier titre des défis : les espaces, leur fonctionnalité et la quantité. La direction est bien consciente de l'importance et de la gravité du dossier et compte sur les équipes pour bien documenter et justifier leurs besoins sur les bases de la qualité des services, la sécurité des usagers et du personnel et les volumes d'activités actuels et prévus. Lorsque c'est possible, tenir compte des tendances épidémiologiques et des nouvelles technologies qui pourraient aussi bien diminuer qu'augmenter les besoins et la qualité des espaces.

Un autre défi est celui des technologies : technologies de l'information, logiciels, équipements intelligents, robots, etc. Les remarques sur les problèmes d'espace s'appliquent ici aussi avec en plus les gains d'efficacité qui peuvent parfois contrebalancer les coûts d'acquisition et d'opération.

Un troisième défi est celui de la main d'œuvre : recrutement, rétention et création de nouveaux postes de pharmaciens et de techniciens. Les mêmes critères d'analyse que pour les deux défis précédents

s'appliquent : qualité, sécurité et volumes de services à donner.

Les équipes sont invitées à poursuivre leurs efforts d'harmonisation et de maillage interétablissements fondés sur la bonne foi et une connaissance approfondie des réalités de chacun.

Les gains d'efficience possibles résultant de la résolution de ces défis ne doivent pas être sous-estimés et ils s'ajoutent aux gains de qualité et de sécurité.

Pour les pompes à perfusion, il est très souhaitable que le service de la pharmacie soit impliqué dans leur sélection; les pharmaciens apportent une expertise essentielle dans ce dossier.

À l'hôpital Santa Cabrini, des problèmes récurrents et très fréquents nuisent beaucoup aux opérations de la pharmacie. Cette nuisance est d'autant plus grave que le service manque de personnel (au moins deux pharmaciens). Le CIUSSS, avec son service informatique ou autre consultant si nécessaire, est invité à chercher la cause première du problème et prendre les décisions qui s'imposent.

Toujours à Santa Cabrini, les problèmes techniques associés aux problèmes de main d'œuvre taxent sérieusement la patience et la résilience de l'équipe. Le CIUSSS est invité à se pencher sur cette problématique avant que des conséquences plus graves n'apparaissent.

En dépit des problèmes identifiés, la gestion des médicaments est sécuritaire et de qualité grâce à un personnel dévoué et très professionnel.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
Processus prioritaire : Prévention des infections	
7.3 Des politiques et des procédures sur l'utilisation de l'EPI approprié à la tâche sont en place.	!
Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)	
Processus prioritaire : Prévention des infections	

Dans le Service de prévention et contrôle des infections (SPI), l'attribution des ressources (nombre d'infirmières) est effectuée en fonction des ratios établis par le Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et inclut ainsi 12 conseillères en soins infirmiers en prévention et contrôle des infections (PCI). Elles sont réparties entre le volet hospitalier et le volet communauté (CLSC, CHSLD et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal [IUSMM]). Le professionnalisme, le dynamisme et l'implication de toute l'équipe sont à souligner.

Un comité interdisciplinaire, de niveau stratégique, est en place; la présidence du Comité de prévention des infections est assurée par un microbiologiste-infectiologue qui est également l'officier de prévention des infections de l'établissement. L'équipe de PCI travaille de près avec les partenaires à l'interne et siège à plusieurs comités, telles que les équipes qualité en PCI et les comités en retraitement des dispositifs médicaux. L'expertise de l'équipe est également sollicitée dans d'autres secteurs d'activités ; par exemple, cinq conseillères ont reçu une formation sur la norme CSA en construction. L'équipe collabore avec la Direction régionale de santé publique dans la gestion des éclosions. La chef de service et l'officier en PCI sont également impliqués dans divers comités au niveau régional.

Les conseillères en PCI sont présentes sur les unités de soins et dans les différents secteurs d'activités. Entre autres, elles apportent une vigie et un soutien dans l'application des précautions additionnelles et la gestion des éclosions. Dans le cas des entérobactéries (infections bacilles à Gram négatif producteur de carbapénémases [BGNPC]), elles rencontrent tous les usagers touchés afin d'expliquer la surveillance requise. Des explications sont également fournies aux familles/proches et aux employés. Un feuillet explicatif sur les BGNPC, s'adressant aux usagers/proches, a été développé. L'équipe a sollicité la rétroaction d'un groupe d'usagers afin d'en valider le contenu avant son déploiement. Des usagers/proches ont également été consultés pour valider la compréhension d'affiches-pictogrammes.

Des «agents de changements» sont maintenant présents sur les unités à l'Hôpital Maisonneuve-

Rosemont et participent activement à cette surveillance. Il s'agit de personnes en réaffectation (travaux légers par exemple) qui peuvent effectuer ces tâches tout en respectant leurs limitations. L'appréciation de leur présence et contribution a été nommée par des gestionnaires d'unités rencontrées. L'application des précautions additionnelles, incluant les affiches explicatives, a été constatée dans plusieurs secteurs au cours de la visite. Les équipements de protection individuelle (ÉPI) sont disponibles et faciles d'accès. Les services en hygiène et salubrité sont bien organisés. Les outils de travail, incluant les chariots, sont organisés et accessibles. Des audits sur de nombreux aspects de la PCI sont effectués tout au long de l'année ; les résultats sont partagés et des suivis sont effectués.

L'équipe de PCI offre plusieurs activités de formation et de sensibilisation, incluant l'orientation des nouveaux employés. Des formations adaptées à des clientèles spécifiques, par exemple les bénévoles, sont offertes. De la sensibilisation est également effectuée dans les maisons d'enseignement. La PCI est incluse dans le processus d'accueil des nouveaux employés.

L'hygiène des mains est sans contredit un élément important de la PCI. Ainsi, l'équipe multiplie les activités et efforts en ce sens :

- Capsules de formation dans l'Intranet de l'établissement s'adressant au personnel, médecins, stagiaires et bénévoles;
- Séances de formation en présentiel;
- Campagnes annuelles au cours de la semaine de la sécurité des patients tenue en octobre (kiosques, jeux, remise d'autocollants, etc.);
- Audits en continu par les conseillères en PCI, par les agents de changement et par les assistantes infirmières-chefs et les chefs d'unité;
- Plans d'action annuels;
- Deux nouveaux outils ont été développés en collaboration avec le bureau sur l'expérience patient.

Il s'agit d'un sondage téléphonique auprès de la clientèle ayant reçu des services à domicile. Un sondage d'auto-évaluation électronique est acheminé aux intervenants offrant ces services. Le programme Jeunesse a d'abord été ciblé.

Le programme en PCI a récemment été révisé et harmonisé pour le CIUSSS. Il inclut à la base les activités prioritaires établies par le MSSS, notamment la surveillance des infections nosocomiales. Ces statistiques servent d'indicateurs pour le comité en PCI ainsi que pour les salles de pilotage. Puisque le suivi des taux d'infections en BGNPC et en Clostridium difficile fait partie des axes stratégiques de l'établissement, les données sont acheminées à chaque période aux gestionnaires concernés. Il importe de noter que l'équipe ne bénéficie pas d'un logiciel spécifique pour la compilation des statistiques ; ceci étant fait à l'aide d'un fichier Excel.

La révision et l'harmonisation de différents documents sont définies dans un plan. L'équipe est encouragée à continuer dans ce sens. Plusieurs processus ont été harmonisés et des outils visuels ont été

mis en place pour les équipes, notamment le prénettoyage des dispositifs médicaux sur les unités de soins, le nettoyage des bains, ainsi que des laveuses (hors buanderie).

L'équipe effectue beaucoup d'activités d'évaluation telles que les audits, le suivi des taux d'infections et la conformité à l'hygiène des mains. Des éléments concernant la PCI sont également colligés par le biais de sondages de satisfaction de la clientèle ou encore d'évaluation des activités de formation. Il serait intéressant de rassembler tous ces éléments dans un même plan d'amélioration continue de la qualité.

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 30 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux 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 cinq ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

Planification des mesures à prendre

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

Annexe B - Processus prioritaires

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

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

Processus prioritaire	Description
Soins de santé centrés sur les personnes	Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

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

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

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

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

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